UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972 N° d'Ordre : 19

L'ACTE SUICIDE.
A PROPOS DE 75 OBSERVATIONS DE SUICIDANTS RESCAPES :
TENTATIVE DE SUICIDE PAR INTOXICATION VOLONTAIRE AIGUE

THÈSE

présentée
à la Faculté de Médecine
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
par

Monsieur WOLF Richard

Interne des Hôpitaux
né à ILLFURTH (68)

Soutenue publiquement le 28 Avril 1972, devant la Commission d'Examen :

MM. R. FAU Président
R. CHATEAU
G. CAU
J. BOUCHARLAT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544309_0038

UNIVERSITÉ SCIENTIFIQUE
ET MÉDICALE DE GRENOBLE

Année 1972 N° d'Ordre :

L'ACTE SUICIDE.

A PROPOS DE 75 OBSERVATIONS DE SUICIDANTS RESCAPES : TENTATIVE DE SUICIDE PAR INTOXICATION VOLONTAIRE AIGUE

THÈSE

présentée

à la Faculté de Médecine

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Monsieur WOLF Richard

Interne des Hôpitaux

né à ILLFURTH (68)

Soutenue publiquement le 28 Avril 1972, devant la Commission d'Examen :

MM. R. FAU Président

R. CHATEAU

G. CAU

J. BOUCHARLAT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je dédie ce travail

A mon Père

Son absence me pèse douloureusement,
Sa tendresse a baigné nos années d'études, dont il n'a pu voir le terme
Tant dans les édifices que dans les coeurs, les signes de la vie qu'il a tracés sont assez solides pour résister à l'oubli.

A ma Mère

Nous avons grandi par ses soins, sous son regard ; elle est là, à chaque étape, attentive.
Ce travail est un gage de mon affection.

A ma Femme

Pour sa présence : elle a partagé toutes les difficultés de nos études. Elle a permis de réaliser nos choix. Elle est notre courage. Nous l'associons à ce travail.

A mes Enfants

Geneviève, François, Marianne et Pascale.

A mes Soeurs

Jeanine, Liliane, Rolande

A mes Beaux-Parents

A mes Beaux-Frères et Belles-Soeurs

A mes Amis

- Mes camarades de la Faculté de Médecine de LYON ;

  Aux Docteurs P. COURT ; P. TAILLANDIER ; J.P. MUYARD

- A notre Ami François MICHEL, avec qui nous avons préparé le concours de l'Internat.

A notre Maître

Monsieur le Professeur FAU

Ce fut une joie personnelle, une joie pour l'intelligence de se soumettre à son autorité : elle nous a révélé toutes les qualités de l'intuition et la vigueur de la synthèse.

Il nous a appris à reconnaître au travers de son immense expérience, tous les jalons de la psychiatrie, ces faits qui résistent à toutes les évolutions.

Pendant quatre ans, nous avons été le témoin attentif d'une culture étendue et dense, toujours ouverte sur les idées neuves, lorsqu'elles apportent plus de cohérence et d'efficacité. Il nous a armé contre les hypothèses hasardeuses.

Sous sa maîtrise, à son exemple, nous nous sommes exercés.

Nous l'assurons de notre gratitude, de notre profonde admiration et de notre attachement respectueux.

A nos Juges

Monsieur le Professeur CHATEAU

Nous avons découvert sous sa conduite la source inépuisable de la clinique neurologique.

Nous garderons comme modèle, la clarté et la rigueur de ses exposés, que nous avons reçu dans l'enthousiasme de son enseignement.

Nous voulons lui exprimer notre reconnaissance pour l'attention bienveillante qu'il a toujours manifesté à notre égard.

Monsieur le Professeur CAU

C'est dans son service qu'il nous a été possible de mener ce travail. Nous avons pu bénéficier de la richesse fertile de ce lieu de rencontre de tant de disciplines diverses.

Nous avons appris avec lui la nécessité de l'organisation et le souci universitaire de ménager concrètement les échanges.

Nous avons approfondi les réalités rudes, et critiques de la responsabilité médicale.

Nous lui adressons tous nos remerciements.

Monsieur le Docteur J. BOUCHARLAT

Nous avons toujours rencontré auprès de lui un soutien éclairé. Avec sollicitude, il nous a guidé dans nos travaux pendant toute la durée de notre internat.

Par son expérience et son enseignement, nous lui devons notre goût pour la psychiatrie de l'enfant.

Sa bienveillance patiente fut un tuteur précieux : qu'il reçoive notre très vive gratitude.

Nous remercions

Monsieur le Professeur FAURE

Il nous a guidé, lors de notre dernier semestre. Nous avons été impressionné par les connaissances, le dynamisme et la continuité des initiatives.

Nous voulons le remercier pour l'importance de l'apport qu'a représenté notre exercice dans ce service, pour notre formation.

Monsieur le Professeur PERRET

Il nous a toujours conseillé chaleureusement.

Dans la pratique quotidienne comme dans les élaborations délicates, il fut un maître enthousiaste.

Le Docteur SALOMON

dont nous avons été avec joie le collaborateur.

Les Docteur O. LEROY

Docteur I. NANTERMOZ

dont l'expérience nous fut si précieuse.

Nous remercions tout particulièrement

Monsieur J.F. ANDREY, Psychologue

qui a examiné un certain nombre de sujets et à qui nous devons beaucoup de la compréhension des observations.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

. Externat de Lyon

Monsieur le Professeur PAUFIQUE
Monsieur le Professeur DECHAUME
Monsieur le Professeur NORMAND
Monsieur le Professeur GUILLEMINET
Monsieur le Professeur CIBERT
Monsieur le Professeur BRUN
Monsieur le Professeur THIVOLLET
Monsieur le Professeur SOUSTELLE
Monsieur le Professeur JEUNE
Monsieur le Professeur LEVRAT

. Internat de Grenoble

Monsieur le Professeur CHATEAU
Monsieur le Professeur FAU
Monsieur le Professeur CAU

A V A N T - P R O P O S

Le risque suicidaire domine actuellement la morbidité psychiatrique, mais également la morbidité générale puisqu'en terme de mortalité (résultat d'une étude d'un groupe de travail : "le groupement français d'études et de prévention du suicide"), on arrive à une estimation annuelle de quinze mille suicides réussis en France (sur 135.000 tentatives).

Toute approche du suicide si elle veut être exhaustive devrait s'intéresser à la fois aux tentatives de suicides et aux suicides réussis. Même s'il est certain qu'un pourcentage de suicidants deviendront quelques mois, ou années plus tard, des suicidés, les deux populations ne se recouvrent pas entièrement. En effet, si la tentative marque un clocher à l'adolescence et une prédilection pour le sexe féminin, c'est à l'âge mûr que culmine le clocher des suicides réussis et une prédominance dans le sexe masculin.

Mais l'expérience quotidienne nous révèle à l'évidence que le facteur de réussite dans la conduite suicidaire n'appartient pas toujours à la maturation du sujet, mais au choix du procédé d'exécution et l'absence de secours et d'un service de réanimation adapté.

Les motivations des actes suicidaires se révèlent si complexes et si intriquées qu'il ne nous paraît pas possible de les distinguer en fonction de leur conséquence en terme d'échec ou de réussite.

Notre but n'étant pas de réaliser une analyse statistique, mais de comprendre la démarche du suicidaire, nous avons choisi comme lieu d'observation le centre de réanimation de Toxicologie du C.H.U. Le service reçoit la plupart des intoxications volontaires aigues hospitalisées au Centre Hospitalier, les autres étant soit traitées dans le service d'urgence soit dans le service de psychiatrie.

Le seul facteur qui conditionne le passage dans le service de réanimation est bien sûr la gravité fonctionnelle, le risque vital somatique dont l'importance n'est pas liée à l'intensité du désir d'autolyse ni aux problèmes psychiatriques sous-jacents. (Une étude statistique complète devrait recueillir et analyser les observations du pavillon d'Urgence, du service de psychiatrie d'adulte, de neuro-psychiatrie infantile, de l'hôpital psychiatrique départemental et des différentes cliniques privées dans la région.

L'orientation dans telle ou telle structure hospitalière dépend également du choix :

+ en <u>chirurgie</u> pour
- les plaies par armes blanches et armes à feu
- les défénestrations
- précipitation
- les accidents de voiture volontaires

+ en <u>psychiatrie</u> après un passage en réanimation générale
- les rescapés des pendaisons

+ en <u>réanimation</u>
- les noyés sauvés

Dans la perspective de ce travail, nous n'avons pas centré notre attention sur les aspects toxicologiques des cas cités, mais essentiellement sur les aspects psychologiques et psychiatriques, et dans ce chapitre nous avons voulu porter l'intérêt sur l'analyse du passage à l'acte, et de l'Acte Suicide.

Les prémices de cette étude résident dans une communication faite au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française (LXIII e Session- Milan. 7-12 septembre 1970) par le Pr FAU, sur :

"Les tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune"(15 à 25 ans). (R. FAU ; R. CHATEAU ; J. BOUCHARLAT ; C. SALOMON ; R. WOLF ; S. MAITRE) envisagées sous l'angle écologique.

52 observations de suicidaires hospitalisés dans le service de Psychiatrie d'urgence de Janvier 1969 à Mars 1970 avaient été analysées, d'où s'étaient dégagés les éléments de conclusions suivants :

- La rareté des antécédents psychiatriques tant personnels qu'héréditaires.
- La rareté du diagnostic de psychose ou de névrose structurée.
- Le caractère isolé de l'acte suicidaire (dans 42 cas sur 52, l'acte suicidaire avait été la première et la seule manifestation ayant entraîné un examen médical et psychiatrique).
- Le niveau mental était exceptionnellement celui d'un débile.
- Par contre, un niveau professionnel toujours médiocre.
- L'attitude religieuse est caractérisée par l'indifférence. Aucun cas de forte structure religieuse n'avait été relevé.
- La grande fréquence des milieux familiaux dissociés ou perturbés par une mésentente parentale ou conjugale sévère, par l'absence morale ou matérielle de père.
- Le caractère impulsif de l'acte est à souligner.
- Ainsi que la médiocrité et parfois l'absurdité même du motif invoqué.

Les auteurs devaient conclure en portant le problème sur le plan éthique :

> "Car ces adolescents et adultes jeunes n'attachent pas de prix à la vie. Ils acceptent de la quitter pour rien, pour une vétille, une contrariété, pour se rappeler au souvenir de parents ou d'une vague fille qui les a abandonnés : un mépris de la vie caricatural ; il ne s'agit ni d'un danger à affronter, ni d'un exploit à réaliser, mais d'un refus de vivre. Moins d'un refus que d'une indifférence "Pourquoi ne pas mourir, après tout."

Plan du Chapitre I

METHODOLOGIE ET PLAN DE L'OBSERVATION

A) Le Lieu de la Rencontre

B) La Rencontre

1°/ Le Pourquoi
- a) Niveau causal
- b) Niveau de motivation

2°/ Du Suicide au symptôme

3°/ Les difficultés de la rencontre
- a) l'hostilité de l'observation
- b) l'agressivité du sujet

C) L'Acte Suicide, moment privilégié.

*
* *

METHODOLOGIE ET PLAN DE L'OBSERVATION

A) Le lieu de la Rencontre

Toute étude implique une situation d'enquête qui selon l'observateur valorise tel ou tel aspect de la problématique choisie. Il se trouve que notre position se confond avec une responsabilité diagnostique et thérapeutique, partagée par ailleurs avec une équipe de réanimation aux rôles multiples qui font partie de cet "être avec" le sujet souffrant. Il ne s'agit pas d'un colloque singulier, même si une relation interpersonnelle privilégiée peut s'établir avec le sujet. Il faut souligner l'importance de l'appareillage, des instruments, des compétences, qui prennent possession de son corps, pénétration multiple, pour le "faire respirer", le "réchauffer", sonde vésicale, transfusion, branchements divers : autant de "liens", visibles, de "communications organiques" avec les personnes et les choses, dans une lutte a priori pour la vie et l'intégrité corporelle. Prise de possession d'un corps dénudé, parfois offert et soumis, à qui l'on fait cracher "ses mauvaises choses", "lavé et vidangé" (qui sont autant de vécu du malade) dans un maternage ferme, le sujet est renvoyé à cette mythologie d'une autre réanimation, la résurrection. Sa première "rencontre" au réveil se fait donc bien souvent avec cette valeur suprême de notre culture comme respect de la personne physique et le scandale de la mort. On le fait exister dans une vie biologique, vie en tant que fonction et pas encore vie en tant qu'histoire.

Dans la salle ouverte sur les autres lits, il fera une deuxième rencontre : l'autre qui vit la même expérience, autre image de lui-même, la mort apparente et le réveil.

C'est parce qu'il manifeste un corps malade, intoxiqué ou blessé que le médecin aborde le sujet, et à travers cette relation, qui se déploie dans un temps autre que celui qui a vu naître la tentative de suicide, nous tenterons de reconnaître ce phénomène.

Ainsi se trouve délimité un espace où se réunissent deux personnes : le suicidant et le médecin. Le suicidant est invité à s'expliquer dans une situation où "l'interrogeant" invite l'autre à s'objectiver par un acte réflexif et en même temps communicatif.

B) La Rencontre

La personne qui a fait la tentative de suicide apparaît dans cette perspective en même temps comme objet et comme sujet de son ambiance. Dans ce milieu, il est à la fois sujet passif et actif, déterminé et déterminant par rapport au monde qui l'entoure.

Préalablement à tout discours, celui qui a tenté de se détruire a constitué par son geste une réalité publique et extérieure, dont la nature est de se poser comme négation de l'historicité du sujet lui-même dans une dimension atemporelle.

Dans une telle relation, il n'est pas pensable que le médecin puisse être neutre, puisque le malade devient un partenaire qu'il veut ré-orienter et rendre capable d'exister à nouveau une histoire qui ait un sens.

Au cours du colloque, il en arrive forcément au moment du "pourquoi" et "comment" de l'attitude du suicidant, adoptée comme situation de "fin du monde" : ce moment où il lui demande de se poser d'une façon objective par rapport à son geste.

1°/ Le Pourquoi

Nous allons alors découvrir deux versants dans le déterminisme de la tentative : un niveau causal et un versant de motivation.

a) Niveau causal

Au niveau causal, les facteurs sociaux et la condition anomique, sont essentiels dans la mesure où la T.S. est un fait objectif lié le plus souvent à des facteurs étrangers au sujet, et qui peuvent être étudiés du point de vue sociologie et statistique.

b) Niveau de motivation

Mais il existe un versant de motivation où ces facteurs externes peuvent être reliés à un projet, un désir, une intention, un besoin, qui représentent le vrai signifié pour le sujet : un sens privé et intime par opposition au sens public, qui ne peut être établi que par une relation intersubjective. Lorsque l'implication réciproque est suffisante, le suicidant peut expliquer son geste et la motivation se développer dans un horizon de significations de plus en plus riches et authentiques, syntones avec le sujet.

2°/ Du Suicide au symptome

Mais il est possible que la tentative n'ait pas réussi à liquider les symptômes qui ont amené le suicidant dans l'impasse, et que l'inhibition dépressive ou l'autisme ou la réticence fussent tels qu'elle ne permet pas au sujet de communiquer, l'attitude du médecin se limitant à une évaluation séméiologique qui conduit le traitement symptomatique.

3°/ Les difficultés de la Rencontre

a) L'hostilité de l'observateur

- De même, une approche maladroite de la part du médecin, du fait de ses défenses propres ou d'une irritation culpabilisante peut influencer négativement la possibilité pour la personne de découvrir le sens de sa conduite : en fait, toute attitude d'hostilité, de la part de l'entourage soignant ou familial, n'est pas compatible avec la possibilité de dialectisation nécessaire pour surmonter cette expérience vitale négative.

- C'est une difficulté que nous avons rencontrée devant les dénégations de la finalité suicidaire ou de l'intention auto-agressive, les difficultés de l'évocation allant de l'amnésie à l'évidente dissimulation, interdisant toute compréhension et ne permettant qu'un constat sans échange.

b) L'Agressivité du sujet

A l'expérience, une attitude est particulièrement délicate à assumer pour le médecin et l'entourage :

. celle du suicidant qui revendique le suicide comme libre choix en refusant toute aide susceptible de mobiliser dans une relation, l'agressivité qui infiltre le sujet, qui va décharger sur le médecin ou l'institution soignante toute sa rancune envers la société et la vie, parfois avec une violence explosive, culpabilisant d'emblée l'entourage. Celui-ci ne peut que le subir, car il n'est pas toujours possible de faire apparaître dans le dialogue ce qui n'est dans le fond qu'un appel avide mais bloqué dans les conduites répétitives.

C) L'Acte Suicide, Moment Privilégié

Dans cette série d'observations, nous avons tenté de privilégier ce moment, dans la conduite suicidaire, où jaillit l'acte suicide : il est inséparable du contexte environnemental et relationnel, que le sujet rêve de modifier et parfois arrive à modifier par son geste, c'est pourquoi les motifs initiaux de sa conduite suicidaire peuvent apparaître différents de ceux que le sujet fournit a posteriori, modifiés tant dans leur contenu que les affects qui les sous-tendent...

Il existe ainsi de nombreux filtres dans l'objectivation de l'acte dont le plus important est apporté par le processus de réparation du sujet qui suit le geste suicidaire, mais également par la situation de crise du milieu du sujet, ébranlé par cette conduite et qui va dramatiquement se responsabiliser à son égard. Suivant l'intensité de la remise en question, certaines séquences du passage à l'acte pourront être remaniées dans le sens d'une cohérence et d'une congruence avec le motif "choisi" comme défense, rationalisation, verbalisation de ce qui est un acte athématique dont les sens restent à découvrir par le malade.

Plan du Chapitre II

HISTORIQUE

A) Introduction

1°/ Le Champ du suicide

a) le geste suicide
b) les autres gestes autodestructeurs
c) risque mortel, blessure globale du corps

B) Evolution Historique

1°/ L'universalité de la notion de Mort volontaire

2°/ Doctrine psychiatrique

a) l'Aliénation
b) la constitution morbide

3°/ La Sociologie et le Suicide

a) Types élémentaires
b) Types mixtes
c) Trois tendances
d) La réalité collective et le vide social
e) l'abord statistique

C) Les Tendances Contemporaines

1°/ Le conflit des psychologies

2°/ Janet

(a) Les tendances inférieures
- (b) Les tendances moyennes
(c) Les tendances supérieures

d) Le Moteur de l'Action
e) L'automatisme psychologique

3°/ La Phénoménologie

a) L'Etre dans le monde
b) Psychanalyse existentielle

4°/ La Psychanalyse

a) Le Deuil
b) L'autodestruction
c) Le Masochisme primaire

*
* *

HISTORIQUE

A) - INTRODUCTION

Tous les observateurs confrontés à la réalité du suicide rencontrent une première difficulté : non pas tant celle de la définition qui renvoie à des références personnelles des auteurs, cliniques, morales ou sociologiques que celle de la délimitation du champ du suicide qui est une nécessité de l'étude, car il appartient au point de vue du suicidant.

1°/ Le Champ du Suicide

a) Le Geste Suicide

Le même terme désigne le geste :

. d'un homme (- qui est mort
(- a survécu à une tentative
(- se défénestre ou absorbe un toxique

. perpétré
- pour échapper à une souffrance ou qui la redoute (crainte réelle ou symptome)
- pour se punir ou fuir un manquement à l'honneur, à la dignité, réel ou dans une autoaccusation mélancolique délirante
- pour assumer un risque sacrificiel pour un intérêt qu'il valorise plus que la vie de son corps

Ainsi sont placés sous la même étiquette celui qui se cache et celui qui donne l'alerte, qui nie et se tait, qui est aliéné ou décide librement, rendant caduques les frontières rassurantes de la pathologie et de la normalité. Cette ambiguité pose le problème en terme de schème de comportement sinon latent, du moins toujours possible.

b) Les autres gestes autodestructeurs

On ne peut s'interdire de chercher des liens avec d'autres conduites incluant un risque pour le sujet, soit comme lilites, soit en tant que formes mineures, dégradées, substituts économiques ou expériences préliminaires :

- automutilations
- anorexie
- grève de la faim
- conduite automobile dangereuse

- toxicomanies
- prostitution
- clochardisation

c)Risque mortel, blessure globale du corps

Cette juxtaposition fait apparaître la notion du risque mortel voulu, recherché ou accepté et subi passivement, comme blessure du corps, globale pour le suicide et partielle pour les autres activités autodestructrices.

La notion de "Risque global autodestructeur" est elle synonyme de l'étymologie du suicide comme "Meurtre de Soi-même" qui pouvait satisfaire à la fois le philosophe, le moraliste, le sociologue, le psychologue et le psychiatre.

B) - EVOLUTION HISTORIQUE

L'évolution historique des concepts théoriques du suicide, leur systématisation exprime des points de vue divers sur le même sujet, mais également des formes de cet objet : les théories éclairant son appréhension concrète.

1°/ L'Universalité de la notion de MORT volontaire

En tant que "Mort volontaire", le concept se retrouve dans toutes les civilisations chez tous les peuples et à toutes les époques, comme comportement possible : il est devenu suicide, c'est-à-dire meurtre de soi-même, avec l'exigence morale introduite par la théologie et la philosophie chrétienne, développant l'analyse de Saint Augustin, infiltrant notre culture à partir du 18 ème siècle où le terme suicide émerge et est usité, comme homicide de soi-même, conduite où la mort est prise comme moyen ou comme fin par quelque procédé positif ou négatif que ce soit.

2°/ Doctrine psychiatrique

a) L'aliénation

La notion de morbidité, de maladie, remonte elle à l'antiquité, mais la doctrine psychiatrique du suicide ne fut constituée qu'à partir d'ESQUIROL (1772-1840), élève de PINEL, à l'origine de la fameuse loi de 1838, suivant en cela l'autonomie progressive de la clinique psychiatrique.

Utilisant le modèle mélancolique déjà isolé, la doctrine psychiatrique classique définit sa position :

"L'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicidés sont des aliénés". (ESQUIROL ; Des Maladies Mentales. Baillière, PARIS, 1838, T I, p 665), où le suicide est toujours pathologique, conséquences d'une atteinte organique constitutionnelle. Le suicidant est un malade mental, délirant aliéné. La plupart des psychiatres adoptèrent cette position et s'appliquèrent à parfaire cette thèse.

b) La constitution morbide

Entre la constitution cyclothyme pour 90 % des cas, et la constitution hyperémotive pour 10 %, le suicide est toujours morbide (Achille DELMAS - Psychologie du Suicide. Alcan 1932) : trouble constitutionnel de l'humeur, perversion de l'instinct de conservation (E. DUPRE - Pathologie de l'Imagination et de l'Emotivité. Payot 1925), ou processus morbide quelconque pour tous les médecins.

Dans le cadre nosologique habituel, les auteurs retiennent le déséquilibre caractériel constitutionnel, les dépressions avec la plus explicite : la Mélancolie, l'acte suicide étant déclenché par l'anxiété organique, trouble thymique considéré comme d'origine biologique.

Mais de ce cadre nosologique, ils rejettent le "suicide sain" : les suicides sacrificiels et les suicides rationnels (Euthanasie préventive ou curative) comme le fait A. DELMAS.

3°/ Sociologie

La Sociologie va séparer l'acte suicide et le suicidant. La doctrine sociologique classique, abandonnant le fait singulier, s'appuyant sur les données quantitatives statistiques, considère le milieu comme cause fondamentale du suicide.

Il existe, dit E. DURKHEIM, "pour chaque peuple une force collective, d'une énergie déterminée, qui pousse les hommes à se tuer. Les mouvements que le patient accomplit et qui au premier abord paraissent n'exprimer que son tempérament personnel, sont en réalité la suite et le prolongement d'un état social qu'ils manifestent extérieurement." (Emile DURKHEIM - Le Suicide - Alcan 1897)

Le suicide est lié au degré d'intégration du sujet dans la groupe où il vit. Il définit plusieurs formes :

a) <u>Types élémentaires</u>

1 - <u>Suicide égoïste</u> :

- dans l'apathie
- mélancolie paresseuse, avec complaisance pour elle-même
- sang-froid désabusé du sceptique

2 - <u>Suicide altruiste</u> :

- énergique ; passionnelle ou volontaire
- courage paisible ; enthousiasme mystique ou sentiment calme du devoir

3 - <u>Suicide anomique</u> :

- dans l'irritation et le dégoût
- protestations violentes contre la vie en général ou contre une personne en particulier.

b) <u>Types mixtes</u>

1 - <u>Suicide égo-anomique</u> :

- mélange d'agitation et d'apathie
- d'action et de rêverie

2 - <u>Suicide anomique-altruiste</u> :

- effervescence exaspérée

3 - <u>Suicide égo-altruiste</u> :

- mélancolie tempérée par une certaine fermeté morale

c) <u>Trois tendances</u>

Ainsi trois tendances régissent la situation de l'individu vis-à-vis de la société : les tendances égoïstes, altruistes, anomiques : le suicide jaillit lors de la rupture de l'équilibre, par augmentation de l'une des trois tendances. La thèse prévoit une fréquence du suicide inversement proportionnelle au degré d'intégration des groupes sociaux (familial, social, religieux, armée, parti politique, etc...). De plus, aucun événement circonstanciel n'est une cause <u>spécifique</u> : les événements les plus divers peuvent servir de prétexte.

d) La réalité collective et le vide social

S'il admet le suicide comme résultante des faits personnels et sociaux, cette rencontre joue uniquement au niveau du cas individuel et non sur le nombre des suicides. De toute façon, l'individu est dépassé par une réalité morale qui le dépasse : la réalité collective. HALBWACHS (Maurice HALBWACHS. Les causes du Suicide - Alcan 1930) confirme et raidit encore la thèse Durkheimienne en réduisant le suicide au déterminisme social : "C'est le vide social, creusé autour de l'individu, qui le pousse au suicide."

e) L'abord statistique

Ne retenant dans le cadre du Suicide que les suicides réussis, ces études ne permettent pas d'englober sous le regard sociologique la totalité de la réalité suicide. Toutes les équipes d'observateurs qui s'intéressent à cette perspective cherchent encore les moyens méthodologiques d'organiser le recueil des informations, les enquêtes sur les tentatives et les suicides réussis, l'unification des concepts. Mais la lecture des études statistiques en matière de suicide s'avèrent très décevantes, surtout parce qu'elles servent souvent d'écran à l'approche thérapeutique de la situation suicidaire et à ses implications psychologiques.

C) - LES TENDANCES CONTEMPORAINES

1°/ Le Conflit des Psychologies

Les tendances contemporaines s'intéressent davantage au mécanisme intime du processus et au vécu des candidats au suicide, selon des méthodes diverses qui témoignent du conflit des psychologies qui a ébranlé la psychiatrie classique. La pensée des créateurs de ces psychologies pèse encore de tout son poids sur les chercheurs des sciences humaines contemporains.

Ce furent les hommes de la génération 1900 :

BERGSON (1859-1941) - JANET (1859-1947) - PAVLOV (1849-1939) - HUSSERL (1859-1948) - FREUD (1856-1941)

Suivant que l'on distinguera dans le suicide :

- la Situation suicide
- la conduite suicide et l'acte suicide
- la signification de la conduite suicide
- les facteurs déterminants
  - extrinsèques
  - intrinsèques
  - ou à versant social
  - ou à versant individuel

- l'état dépressif
- la perturbation du temps vécu

on s'inspirera des apports de JANET, de la psychanalyse, de la Dasein analyse ou de la psychologie sociale.

2°/ Janet

Il a fondé une psychologie clinique reposant sur une perspective génétique, Spencérienne plutôt que Jacksonienne. Il établit une hiérarchie des tendances et des fonctions.

a) Les tendances inférieures

Elles comprennent les actes réflexes, les actes perceptifs et suspensifs, les actes socio-personnels et enfin les actions intellectuelles élémentaires.

b) Les tendances moyennes

avec le stade des actions et croyances immédiates et le stade des actions réfléchies.

c) Les tendances supérieures

comportant les actions rationnelles et énergétiques (aboutissant à un travail), les actions expérimentales (on tire parti du passé) et les actions progressives (qui tiennent compte du progrès et de la liberté humaine).

d) Le moteur de l'action

Il est la tendance activée ou chargée par la force psychologique. Les différents niveaux fonctionnels du psychisme correspondent à une certaine tension psychologique.

e) L'automatisme psychologique

Les maladies mentales résultent à la fois des oscillations de la tension psychologique (hypotonie) et de la force disponible (asthénie). La force d'une tendance peut être drainée vers une autre ou quand la tension baisse comme dans les névroses, exalter les automatismes (agitation, obsessions)

Une maladie, un traumatisme peut libérer l'automatisme psychologique et les formes inférieures d'activité psychique.

(L'évolution de la psychologie clinique dans la tradition de CHARCOT-JANET vers la psychologie expérimentale s'est poursuivie également aux Etats-Unis avec l'apparition du mouvement béhavioriste fondé par WATSON en 1913)

3°/ La Phénoménologie

a) L'Etre dans le monde

Il faut également signaler l'importance du mouvement phénoménologique issu de HUSSERL, HEIDEGGER, SARTRE avec leur interprète en psychiatrie, BINSWANGER E., abandonnant l'étude du moi-sujet, l'objectif est de comprendre la façon dont le sujet perçoit et vit le monde, la présence de l'homme comme être dans le monde où l'observation ne peut atteindre que la manière d'être et ses transformations. Ici l'Acte n'a pas de sens, il renvoie à un "acte pour", sens à révéler et qui ne s'épuise pas.

b) Psychanalyse Existentielle

"Si nous admettons que la personne est une totalité, nous ne pouvons espérer la recomposer par une organisation des diverses tendances que nous avons empiriquement découvertes en elles. Nous devons découvrir en chaque tendance, en chaque conduite du sujet, une signification qui la transcende.

L'homme est fondamentalement désir d'être. Le projet originel qui s'exprime dans chacune de nos tendances empiriquement observables est donc le projet d'être ; chaque tendance empirique est avec le projet originel d'être, dans un rapport d'expression et d'assouvissement symbolique.

Il ne convient pas seulement en effet de dresser la liste des conduites, des tendances et des inclinations, il faut encore savoir les interroger.

Le but de la psychanalyse existentielle est de déchiffrer le les comportements empiriques de l'homme. Son point de départ est l'expérience ; son point d'appui est la compréhension préontologique et fondamentale que l'homme a de la personne humaine.

La psychanalyse existentielle cherche à déterminer le choix originel.

Faire comprendre ce qu'il comprend déjà.

Le psychanalyste ne perdra jamais de vue que le choix est vivant et par suite peut toujours être révoqué par le sujet étudié.

Importance de l'instant qui représente les brusques changements d'orientation et la prise d'une position neuve en face d'un passé immuable.

- Le critère de la réussite sera pour elle le nombre de faits que son hypothèse permet d'expliquer et d'unifier comme aussi l'intuition évidente, de l'irréductibilité du terme atteint. A ce critère s'ajoutera dans tous les cas où cela sera possible le témoignage décisoire du sujet.
- Le désir de faire se réduit à un désir d'être.

L'acte n'est pas à lui-même son propre but ; ce n'est pas non plus sa fin explicite qui représente son but et son sens profond.

Un désir ne peut être en son fond que désir d'être ou désir d'avoir. Le faire est purement transitif. Il est rare que le jeu soit pur de toute tendance approximative." (SARTRE - Etre et le Néant ; La psychanalyse existentielle Gallimard 1943)

4°/ La Psychanalyse

L'apport de la PSYCHANALYSE freudienne est restreint si on envisage l'Acte Suicide proprement dit, alors que la composante "auto-destruction" du fonctionnement psychique est une préoccupation fondamentale des psychanalystes depuis les discussion sur son origine, son évolution et son devenir dans la relation oedipienne.

a) Dans le deuil

De ce point de vue, la compréhension du suicide s'inscrit dans la psychopathologie des états dépressifs et au premier rang desquels se trouve la Mélancolie étudiée dans ses rapports avec le Deuil.

Consciente et réelle dans le deuil, la perte d'objet est inconsciente ou peut être imaginaire dans la mélancolie. Cette perte d'objet dans la mélancolie va déclencher les processus suivants :

- une identification narcissique
- un sadisme réactivé
- l'incorporation orale de l'objet qui permet de récupérer fantasmatiquement l'objet aimé, puis de le punir de son abandon à travers les conduites auto-agressives.

  La tendance à l'autodestruction qui concerne apparemment le sujet s'adresse en fait à l'objet incorporé.

b) L'autodestruction

Une étape capitale se dessine avec le développement de la notion de pulsions de Mort, réunissant dans les pulsions de vie les instincts sexuels et les instincts d'autoconservation du MOI.

Freud rattache à l'instinct de mort la tendance de tout être au retour vers l'inanimé. Ainsi la tendance à l'agressivité, à la destruction, au morcellement sont préexistantes à tout autre processus et sont en conflit avec l'instinct de vie (principe de plaisir et son dérivé le principe de réalité) qui tend à unifier.

L'instinct de vie tend à protéger l'être de l'instinct de mort en le ligotant. Une partie de l'instinct de mort est asservie par Eros qui le dirige vers l'extérieur à son profit, sous la forme d'agressivité, l'autre partie reste sur place et poursuit son action autodestructrice si elle n'est inhibée.

Dans les diverses activités psychiques les deux instincts sont intriqués, liés selon des modalités variables qui empêchent chacun de se manifester à l'état pur.

La tendance à l'autodestruction est le fait premier de l'enchainement :

- masochisme originel
  source de l'agressivité et du sadisme

- retournement vers soi du sadisme
  masochisme secondaire.

Elle lie indissolublement tout désir agressif ou sexuel au désir de "mort".

c) Masochisme primaire

NACHT oppose à l'instinct de mort le masochisme primaire organique ayant sa source dans la tension née dans les premiers mois de la vie en réaction à la frustration. Ne pouvant s'extérioriser suffisamment comme agressivité, l'enfant en est organiquement pour le moment incapable, elle n'est ni refoulée, ni infléchie, elle s'étale, pénètre, imprègne l'organisme tout entier Pour NACHT la tendance à l'autodestruction est secondaire se rattachant aux forces qui tendent à maintenir et défendre la vie.

C'est surtout la tendance à l'autodestruction qui a intéressé le psychanalyste, l'acte autodestructeur, peu.

*
* *

DEFINITION DU SUICIDE

Les diverses théories rendent compte de la variabilité d'une définition du Suicide : mais quelles sont les conditions pour qu'un acte soit qualifié de suicide.

1°/ "Acte de mort volontaire"

quel qu'en soit le motif ce qui inclut la mort sacrificielle.

Définition reprise par :

Durkheim	- le sociologue
Bayet	- le moraliste
Landsberg	- le philosophe
H. Ey et Deshaies	- psychiatres

2°/ D'autres ne retiennent comme Suicide

que la mort volontaire sans nécessité éthique ou "tout autre nécessité"

Mais l'attitude vis-à-vis du sacrifice est liée au niveau de tolérance vis-à-vis du suicide : plus le suicide est réprouvé, plus il est difficile d'y intégrer le sacrifice, investi de valeurs morales positives.

3°/ Les positions sont aussi différentes lorsqu'il faut introduire et expliciter les termes de : volonté
conscience
lucidité
d'intention

a) Pour Deshaies et les psychanalystes, la "conscience du désir d'autodestruction" n'est pas nécessaire ;
et dans cette voie, ils retiennent bon nombre d'"actes manqués"présentant un risque corporel. Au même titre que le suicide, il révèle une tendance autodestructrice exprimant l'émergence des pulsions de mort. Ainsi en est-il des automutilations diverses et des avatars chirurgicaux de certaines névroses hystériques.

DESHAIES, COLIN font intervenir les notions d'Equivalents suicides, de parasuicides ou encore de suicides partiels pour désigner certaines négligences responsables d'accidents corporels.

b) DURKHEIM fait la distinction entre les motivations inconscientes et les justifications rationnelles.

c) HALBWACHS, LANDSBERG, DELMAS estiment que le sujet doit avoir manifesté"clairement son intention et l'avoir décidé en toute lucidité" ce qui élimine bon nombre de malades confus.

d) P.P. SCHNEIDER élimine du cadre du Suicide, les sujets dont le "désir de mourir n'apparaît pas clairement", ou ceux qui obéissent à un ordre hallucinatoire qui n'est pas un ordre de suicide, ces actes étant considérés comme des accidents ou des erreurs.

e) Beaucoup d'auteurs refusent de classer comme suicide, les conduites de nature autodestructive des enfants et adolescents en les considérant en terme d'erreurs de jugement, de méconnaissance du risque, d'accidents ou encore parce qu'ils n'auraient pas la connaissance de la mort.

f) Le jeu avec la mort, l'intention consciente de mourir, sont-ils des critères indispensables pour définir une conduite suicidaire éliminant bon nombre de suicides chantages. D'autant plus que la détermination de ces critères repose sur l'aveu après coup et les circonstances rapportées par le sujet.

4°/ On peut se demander, compte tenu de ces points de vue divergents, s'il est nécessaire en pratique clinique, loin des querelles d'école, de définir le suicide autrement que par le concept "d'acte autodestructeur", confondant dans une même entité, le comportement dangereux pour lui-même du toxicomane et la pendaison du mélancolique ; l'éthylisme aigu, le refus d'un traitement médical salvateur, avec la défénestration du déséquilibré impulsif.

Or, il nous apparaît indispensable d'éclaircir tout acte d'autolyse et d'apprécier l'intensité du désir de fuite de la vie qui s'y rattache. Ceci, non pas tant pour le sujet, qui parfois ne "sait" plus, que pour l'observateur qui ne mobilisera pas les mêmes images ou affects selon qu'il s'agit, dans le cas d'une intoxication volontaire, du désir d'oubli dans le sommeil ou désir d'oubli dans la mort. Dans ce sens, nous définissons l'acte suicide comme :

> "Un acte du sujet, exposant la vie de son corps, quel qu'en soit le prétexte, motif ou mobile, en utilisant un moyen qu'il sait pouvoir ou devoir entraîner la mort, savoir certain ou approximatif, expérimental ou culturel."

Cette définition renvoyant aux informations réelles du sujet et aux modèles culturels, collectifs ou familiaux du suicide, dans l'entourage du sujet, et ce que le sujet peut en savoir exactement.

*
* *

Plan du Chapitre III

RENCONTRE AVEC L'IDEE DE SUICIDE, AVANT LE PASSAGE A L'ACTE

A - Névrose obsessionnelle

1°/ La structure de la névrose
2°/ Observation

B - Chantage au suicide

1°/ Réaction à l'éducation
2°/ Manipulation dramatique
3°/ L'annonce de l'intention suicidaire, dans le désarroi
4°/ La grève de la faim
5°/ L'annonce suicidaire comme simulacre
6°/ Après l'échec du symptome hystérique

C - Les Etats dépressifs

1°/ La mélancolie
- a) L'idée de suicide
- b) Observation
- c) Le refus d'aliment

2°/ Les dépressions psychotiques
- a) Dépression d'involution
- b) Dépressions organiques
- c) Dépressions symptomatiques

3°/ Dépression de sevrage

4°/ Dépressions névrotiques
- a) Phobique
- b) Hystérique

5°/ Dépression réactionnelle
- a) Réaction
  - forme stuporeuse
  - forme agressive
- b) Causes déclenchantes

D - La Suicidibilité

*
* *

RENCONTRE AVEC L'IDEE DE SUICIDE AVANT LE PASSAGE A l'ACTE

La rencontre avec le suicide, l'idée de suicide, avant le passage à l'acte, a lieu essentiellement au travers des états dépressifs de la pratique quotidienne, mais souvent à l'occasion du chantage au suicide exprimé par l'hystérique, les sujets immatures et déséquilibrés, rarement pour une obsession, une phobie d'impulsion suicidaire.

A - Névrose Obsessionnelle

1°/ La Structure de la Névrose

Dans la névrose obsessionnelle habituelle, l'annonce d'un désir suicidaire est rare. L'idée apparaît lors de paroxysmes anxieux, au cours desquels le malade peut, dans un état crépusculaire, présenter de véritables hallucinations, où il n'a plus que le choix avec la folie de la dépersonnalisation et une compulsion qui l'épuise à l'extrême, et le suicide : ainsi émerge alors la tragique hantise du suicide, d'autant que la sévérité morale, la soif de chatiment, les tendances autopunitives sous-jacentes au drame obsessionnel maintiennent le malade au bord de la mort en leur interdisant inconsciemment de vivre par la multitude des conduites d'évitement.

2°/ Observation

Melle M. 20 ans : C'est une jeune fille célibataire, qui a été hospitalisée à plusieursreprises à la suite de tentatives de suicide.

Situation familiale : Célibataire - Sans enfant - Niveau intellectuel normal - Elle a suivi une scolarité régulière jusqu'à l'âge de 14 ans Elle vit chez ses parents ; son père est en invalidité pour une symptomatologie psychiatrique de type psychasthénie, dépression chronique.

L'insertion socio-professionnelle est médiocre ; elle ne connaît que des échecs ; chaque période d'essai, comme bonne à tout faire, est interrompue, parce qu'on lui reproche sa lenteur, sa minutie inefficace. Elle-même, dans la moindre activité, elle s'épuise rapidement.

Les trois premières hospitalisations, dans des circonstances identiques (état dépressif à type d'épuisement avec tentative de suicide par intoxication, et phlébotomie) ne permettent pas d'établir un diagnostic précis : elle se réfugie derrière une agressivité ferme, tout en maintenant des relations de politesse strictes. On remarque simplement un souci du rangement, de la propreté, de la présentation vestimentaire et corporelle qui la fait ressembler à une poupée raide et figée dans sa boîte.

- A l'occasion de la dernière hospitalisation, nous apprenons indirectement que la malade avait des relations incestueuses régulières avec son père, relations consenties et nous pensions que les tentatives de suicide n'étaient que le reflet de cette situation culpabilisante.

- Après une période de stabilité relative, elle revient en consultation externe pour une nouvelle décompensation. Elle est inhibée, tendue, le contact est difficile et on ne peut obtenir que la verbalisation de nouveaux désirs suicidaires.

Passage à l'acte : Elle est assise en face de la fenêtre (3ème étage) qui est ouverte au moment où je rédige la nouvelle lettre d'admission, par ailleurs acceptée par la malade, elle se précipite la tête la première vers cette fenêtre et je n'ai que le temps de la rattraper par les jambes, dans une empoignade dramatique.

Au décours de ce nouvel épisode, les entretiens révèlent la gravité de l'organisation obsessionnelle avec son rituel de rangement infini, de vérification (comptage du sucre ménager plusieurs fois de suite), arythmomanie, énumération de série diverse, manipulations du discours sur ce type.

Elle arrive à exprimer ce qui s'est passé au moment du geste suicidaire : "Elle ne pouvait pas s'empêcher de décomposer chaque phrase de mes réponses en fragments syllabiques qu'elle analysait, comptait et réordonnait dans une symétrie nouvelle. Effort mental, qu'elle accompagnait d'une ébauche graphique avec son doigt dans le creux de sa main. C'est dans son effort violent mais vain pour échapper à cette complusion pénible et pour pouvoir me décrire ce phénomène, que le raptus suicidaire est apparu."

Le suicide est le long aboutissement d'une lutte que mène la malade contre ses pulsions.

B - Le Chantage au Suicide

Beaucoup plus souvent la clinique quotidienne nous met en présence d'un sujet qui a l'occasion d'une demande qui s'adresse à un autre ou un groupe ou l'entité sociale au sens large, l'assertit d'une menace d'autodestruction en cas de refus.

Cette menace verbalisée nous pouvons l'entendre en l'absence de toute tentative concrète, ou persistante après le passage à l'acte lorsque, malgré le passage à l'acte, la demande n'a pas été satisfaite ou peu suffisante.

1°/ Réaction à l'éducation

Différents aspects peuvent se rencontrer. Il s'agit quelquefois d'un adolescent ou d'une adolescente, présentée par ses parents à la consultation pour des troubles du comportement d'allure oppositionnelle, où la menace de suicide s'exprime en même temps que celle de la fugue, de la bouderie, d'une irritabilité larvée. Le thème de la revendication est celui de la liberté sans contrainte, du blanc seing, d'une autorisation générale.

C'est rarement la permissivité sexuelle qu'ils réclament mais la possibilité d'échapper à la cellule familiale. On n'y trouve pas d'intention de mort, ni même d'idée, mais une parole exprimée, une menace verbale comme moyen de pression délibérée, pour faire peur à des personnes dont il dépend et qui l'aiment.

Le motif de la consultation est souvent un désir des parents ou d'un substitut de faire assumer et partager par le médecin les réactions dues à des attitudes éducatives qui se cristallisent dans une lutte de forces dont l'issue s'établit en termes de démission ou de soumission.

Notre rôle d'arbitre doit se donner comme objectif, en médiatisant le dialogue entre les parents sur la défensive et l'adolescent en révolte, la découverte d'un compromis où l'adolescent pourra se retrouver comme majeur, même s'il implique l'éventualité d'autres risques, ceux de l'aventure.

2°/ <u>Manipulation dramatique</u>

Dans d'autres cas, c'est le sujet qui crée de toutes pièces la crise. Quelle que soit la polarité privilégiée des liens interpersonnels par le sujet, (parentale, conjugale, amicale, professionnelle) qu'il ne peut plus maîtriser, il va tenter d'en briser les noeuds :

"Je me tue" -"si tu me laisses seul"
- si tu pars
- si tu m'abandonnes
- si tu me reviens pas

Il va s'enfermer dans un jeu polémique pour simplifier la complexité d'une existence conflictuelle, limite le nombre des protagonistes et organise la sortie en deux alternatives, réussir ou s'exposer à la mort. C'est le protagoniste désigné (conjoint, fiancé...) qui alerté et embarrassé fera la démarche de "sauvegarde médicale".

La force de dissuasion utilisée dans un enjeu inflationniste ne lui permet pas, sans se déjuger, de retraite. Car au défi contre un autre, il est pris dans un défi à l'égard de lui-même.

La démarche est rarement, la satisfaction d'un désir vital, mais il peut représenter pour le sujet dans l'instant, l'essentiel n'ayant pas disponibles d'autres projets à satisfaire, finissant par s'identifier à un rôle secondaire, figé dans une relation dont il a lui-même muré l'impasse.

Il provoque une expérience de manipulation dramatique, démarche agressive qui lui permet de plus, de se poser en victime. Demande de reconnaissance au travers d'un geste dont il devine qu'il suscite chez l'interlocuteur le sentiment et la peur d'une menace de meurtre, lui imposant une complicité qui l'exposera lui aussi au jugement des autres : le punissant à son tour de mort, s'il ne cède pas. En effet, le réflexe culturel veut une mort requise pour toute mort donnée, le sujet qui menace de se suicider récupère dans ce jeu d'équivalence une identité posthume car si une mort coûte une mort, il gagne la vie du responsable désigné.

Il donne à l'autre le moyen d'empêcher un crime, déplçant ainsi la responsabilité de sa mort sur un tiers qui a plusieurs choix :

rentrer dans son jeu
- soit en cédant à l'exigence
- soit en donnant libre cours à son agressivité réveillée par cette attaque indirecte et souhaiter cette mort apportant au suicidant l'arme et le désir qui lui manquaient.

La peur peut faire qu'il ne se sente pas concerné par le jeu, refus d'une implication que lui impose la réalité, indifférence qui ne peut être reçue que comme une hostilité manifeste.

Il peut encore, non pas rompre le contact, mais assumer cette peur induite et du même coup assumer une responsabilité, parfois le scandale lorsque le chantage va jusqu'à l'acte.

3°/ L'annonce de l'Intention Suicidaire dans le désarroi.

Evoquer une idée de suicide, dans une situation de désarroi, n'est pas ce "passage à la parole" des faits précédents, équivalent mineur du passage à l'acte. Ici dans une démarche provisoire, le sujet annule la situation pénible mais sans rien exiger, sinon une fuite, et cette démarche d'aide quand elle s'exprime n'est pas du chantage. L'attente anxieuse d'un évènement pénible et douloureux, fait surgir les formes d'oubli, anticipation de la quiétude, car le sujet ne peut pas vivre à n'importe quel prix.

L'idée du suicide apparaît comme une réponse virtuelle à l'occasion de nombreux traumatismes surtout lorsque la remise en question est une authentique trahison avec l'expérience du mépris, interrompant un projet, mais aussi détruisant les images du passé, mais aboutissant rarement au dessein concret.

4°/ La grève de la faim.

Il faut faire une place à part dans ce chapitre à "la grève de la faim", refus d'aliments, de protestation, qui selon l'individu serait tantôt un geste d'allégation d'innocence, une manifestation politique, un moyen de lutte sociale, mais qui mobilise la même peur et réveille la même culpabilité de l'entourage.

Ceux que nous avons observés étaient des prisonniers dont la détermination sur ce mode passif, visait un aménagement des conditions carcérales ou une révision du jugement.

5°/ L'annonce suicidaire comme simulacre.

Mais c'est sur un plan différent que nous situons l'annonce d'une menace de suicide, chez des sujets qui savent que c'est le prix de l'impunité, et dont la visée utilitaire exclusive ne laisse aucun doute, et dont nous savons qu'ils iront jusqu'au simulacre crédible.

6°/ Après l'échec du symptome hystérique

Dans les services de médecine générale, en dehors des états dépressifs, une consultation peut être demandée pour des malades, hospitalisés pour un syndrome atypique fonctionnel et qui ont laissé entendre au hasard d'une question qu'ils songeaient au suicide, évocation verbale sans contenu, mais qui vise à mobiliser l'attention de l'équipe soignante. La démarche apparaît souvent lorsque l'intérêt apporté au symptome subjectif à expression somatique s'épuise et qu'une nouvelle conversion est nécessaire. Mais c'est sur cette voie dangereuse que vient de s'engager l'hystérique.

En effet, c'est dans la relation interpersonnelle qu'il échoue régulièrement. Elle va exposer l'interlocuteur à ce désir d'une relation possessive, insupportable. Pour exister, l'hystérique a besoin d'être regardé, d'être nourri de paroles sans espoir, de satisfaire une avidité dévorante, qui fait que l'autre se dérobe. Echange unilatéral dans la logique d'un égocentrisme démesuré, au narcissisme blessé, installé dans une dépendance, qui à la moindre nouvelle rupture le conduit vers la dépression. C'est la même parole que nous entendons après le passage à l'acte, la même demande exorbitante :

"Vous m'avez empêché de mourir, vous devez me faire vivre."

C - Les Etats Dépressifs

Le problème de l'authenticité de l'évocation suicidaire se pose bien différemment dans l'abord des malades dépressifs.

Pour définir la dépression, il faut isoler un "état de souffrance psychique et de culpabilité consciente accompagnée d'un abaissement marqué du sentiment de valeur personnelle et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale." C'est cette inhibition douloureuse qui au coeur de la dépression est le maître symptome, comme une impuissance pénible à agir, penser, sentir, aimer.

1°/ La Mélancolie

a) L'idée de Suicide :

L'idée de suicide est solidaire d'une conscience morbide toute imprégnée de deuil, de mort, de drame, de panique : le désir de mort est devenu une forme d'organisation, une loi constitutive de l'état mélancolique. Bien que non verbalisée, cette intention de mort, on la devine derrière son mutisme, son calme apparent, une mimique pâle et rigide. Les idées de suicide seront plus explicitées dans les manifestations spectaculaires de l'anxiété.

b) Observation M. X. :

Le malade est hospitalisé au pavillon d'urgence pour des douleurs thoraciques. A l'examen, nous découvrons un authentique syndrome angineux mais l'entretien révèle une surcharge dépressive anxieuse, alors que l'anamnèse retrouve des antécédents dépressifs qui évoquent une psychose dépressive périodique.

Mêlé aux préoccupations somatiques et à l'angoisse, il nous fait part qu'il songe depuis quelques jours au suicide, comme une mise en garde pour le protéger :

"Car je ne sais pas si je pourrais me retenir".

L'absence de place dans le service de psychiatrie ce jour-là et la gravité du syndrome ischémique myocardique font qu'il est muté dans un service de médecine générale, sous couvert d'un traitement anxiolytique majeur. Le lendemain, on le retrouve écrasé mort au pied du bâtiment. avant de se jeter par la fenêtre des toilettes il s'était entaillé le cou avec un couteau.

c) Le refus d'aliment :

Il faut signaler dans le syndrome mélancolique, la place qu'occupe le refus d'aliment : fait à la fois d'inhibition et du désir de mourir et qui constitue également une démarche suicidaire, lente, sûre, économe, opiniatre, conduite négative et passive qui culmine dans le syndrome de Cotard vécu glacé cadavérique demort vivant.

2°/ Les Dépressions Psychotiques

Dans toutes les dépressions psychotiques, la rencontre avec l'intention suicidaire est inéluctable. Elle se voit autant dans :

a) la dépression d'involution,(marquée surtout par l'agitation anxieuse et la fréquence des idées hypocondriaques)

b) que dans les dépressions organiques (fréquence de la dépression comme forme de début d'une démence présénile et artériopathique et de plus en plus comme complication post-traumatique)

c) et les dépressions symptomatiques :

- Certaines affections déterminent un marasme dépressif comme l'hépatite virale, quelquefois la grippe et les affections endocriniennes (surrénaliennes entre autres)

- Des produits médicamenteux peuvent induire des accès mélancoliques identiques à ceux de la dépression endogène : Rimifon, Réserpine corticoïdes.

- Une confidence révélant un désir suicidaire peut inaugurer dans un sillage dépressif une tumeur cérébrale.

3°/ Les Dépressions de Sevrage.

Elles sont très fréquentes chez l'alcoolique, le malade qui ne bénéficie plus de son anxiolytique habituel voit son angoisse se libérer, révélant alors les tendance dépressives latentes inhibées par l'intoxication.

Dans les suites de sevrage des toxicomanies aux dérivés de la morphine, on peut être gêné par un état d'ennui "chronique", un retrait affectif où le sujet va osciller entre la tentation de la récidive toxicomane ou le suicide. L'échec du sevrage peut amener à utiliser un substitut en prescription régulière, la METHADONE.

- Dans la surveillance des malades soumis aux <u>neuroleptiques</u>, nous retrouvons une "rêverie" suicidaire, prémices d'une dépression vraie, secondaire, tant dans le délire chronique que la schizophrénie dans son évolution actuelle.

4°/ <u>Les Dépressions Névrotiques</u>

a) <u>Névrose phobique</u> :

Il est rare de voir un sujet présentant une telle structure confier de manière isolée une rumination suicidaire. Le claustrophobe isolé malencontreusement dans une chambre fermée à l'hôpital où il a été conduit à l'occasion d'un état d'épuisement et de surmenage, peut invoquer dans la panique de la rencontre phobique cette possibilité de "fuite", comme démarche contraphobique que la présence d'un tiers attentif suffit à maîtriser.

b) <u>Névrose hystérique</u> :

Nous avons déjà abordé la problématique de l'aveu suicidaire chez l'hystérique, même en l'absence d'état dépressif confirmé. Lorsque les abandons se répètent, lorsque ses appuis disparaissent épuisés par sa quête insatiable, en l'absence de tout nouvel objet, s'installe le processus dépressif avec ses sentiments d'incomplétude, de dévalorisation, de perte d'estime, venant infiltrer la conscience où inéluctablement se profile le désir de fuir la vie.

Le style propre à l'hystérique va offrir une fantasmatisation suicidaire romanesque , avec sa complaisance funèbre qui pour n'être encore qu'une comédie de la mort, n'en est pas moins la dernière défense, satisfaisant encore le système pulsionnel hystérique.

5°/ <u>La Dépression Réactionnelle</u>

Elle est liée à un événement douloureux ou traumatisant réel. Elle ne dure pas longtemps et ses manifestations sont soudées au choc émotionnel fortuit ressenti par le sujet.

a) <u>Réaction</u> :

La réaction à l'évènement traumatisant peut prendre deux formes :

1 - <u>forme stuporeuse</u> évoluant en 3 phases :

- stupeur, inhibition complète après le choc
- puis il se sent abandonné et menacé et se tourne vers les autres pour demander de l'aide
- enfin reprise au travers de l'exercice relationnel habituel, du plaisir d'être en vie.

C'est dans le deuxième temps, généralement au pavillon d'urgence, que nous voyons s'ébaucher l'impulsion suicidaire, qui peut avorter dans la sollicitude partagée d'un service.

2 - forme agressive en deux temps :

- une crise d'agitation désespérée d'abord, avec des attitudes défensives qui peut aboutir au raptus suicide, sans avoir le temps d'extérioriser un désir suicidaire.

- C'est dans le deuxième temps que nous voyons : ou le sujet s'isole pour se concentrer sur le choc traumatique ou cette fascination se confond avec une rumination d'autolyse reçue passivement et qu'il faut rechercher dans le discours, car il n'en parle pas facilement.

b) Causes déclenchantes :

Les causes déclenchantes sont diverses :

1 - La perte d'un être pour lequel on éprouve des sentiments positifs :

- un deuil
- un éloignement temporaire dans un moment crucial
- une blessure physique qui l'atteint et le diminue à ses yeux

2 - L'échec d'une relation interpersonnelle importante :

. soit par abandon affectif : rupture
divorce

. soit dévalorisation du partenaire :
découverte d'une inconduite
éthylisme ; perversion

3 - L'échec grave d'ordre professionnel ou financier :

- faillite
- licenciement
- chomage
- mutation
- retraite anticipée

et d'une façon générale toute atteinte du prestige moral ou social, en particulier chez l'homme, selon les valeurs culturelles ambiantes.

4 - Faillite d'un idéal collectif
religieux, social et politique

5 - Dépaysement brutal et solitude
à l'occasion d'une émigration
d'un exil

6°/ La Suicidibilité

Quelle que soit la forme dépressive, devant un désir suicidaire exprimé il faut apprécier le risque de passage à l'acte selon des facteurs tirés pour la plupart des études statistiques sur la léthalité des conduites d'autolyse.

a) - Prédispositions héréditaires suicidaires
- Tentatives de suicide antérieures
- L'importance des symptomes anxieux
- Représentation concrète de la manière de se suicider
- Fluctuation de la courbe dépressive, signifiant qu'avec la diminution de l'inhibition douloureuse, le malade possède de nouveau la force de décision nécessaire à la réalisation de son projet.

b) A un moindre titre :
- Le manque d'activité imposé avec le sentiment de ne plus servir à rien ni à personne
- L'abandon, l'isolement, le déracinement avec la perspective de devoir vivre sans contacts humains
- L'absence de sentiments religieux ou l'ébranlement grave d'une foi en une force supérieure
- Des soucis financiers graves
- L'existence d'une maladie organique invalidante ou douloureuse physiquement
- Des troubles du sommeil opiniatres
- L'alcoolisme
- Une toxicomanie

*

*   *

<u>Plan du Chapitre IV</u>

APPROCHE DESCRIPTIVE DE L'ACTE SUICIDE

I - INTRODUCTION

II - VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ACTE SUICIDE

III - L'ACTE SUICIDE, UNE EMOTION AGIE

IV - L'ACTE SUICIDE, UN MOMENT DANS LA DYNAMIQUE ET L'ECONOMIE ANALYTIQUE

V - LES FORMES DE LA REGRESSION

VI - LES FORMES DE L'IDENTIFICATION

VII - PROPRIETES DE L'ACTE

VIII - TYPES D'ACTE

*
* *

APPROCHE DESCRIPTIVE DE L'ACTE SUICIDE

I - INTRODUCTION

A) <u>L'observation</u>
- 1) Objectivité
- 2) Situation cruciale
- 3) L'écran du regard
- 4) Comportement
- 5) Une double subjectivité

B) <u>L'hypothèse du suicide comme Acte libre, sain</u>
- 1) Une conduite synthétique
- 2) Une tendance active vers l'autodestruction
- 3) Une conduite de maturité
- 4) Une inertie à vivre

C) <u>L'universalité de l'Idée de Suicide</u>
- 1) Les jeux de l'enfant
- 2) Les conditions de "l'Agir Suicide" :
  la nécessité d'un jugement de valeur et
  d'un jugement intellectuel préalable
- 3) Fantasmes destructeurs

D) <u>Représentations de la Mort</u>
- 1) Images de la mort dans le rêve
  - a) Les scènes oniriques
  - b) fantasmes de fusion
  - c) élaboration secondaire
- 2) Les représentations conscientes de la Mort
  - a) Chez l'enfant
  - b) Un savoir
  - c) Mort et sommeil
  - d) Les objets mythiques
  - e) Pour le suicidant rescapé
  - f) Suicide, signe de la mort pour les autres.

II - VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ACTE SUICIDE

A)
- 1°/ Les autres gestes morbides
- 2°/ Sujet de la Parole et sujet de l'Acte

B) Séméiologie globale

C) L'acte suicide : symptome ou acte pur ;
Activité réflexe ou Activité désorganisée

- 1°/ La ligne descriptive de l'organisation gestuelle
- 2°/ Modèles et concepts
- 3°/ Stock de mouvements ou hiérarchie d'Actes
  - a) Nombreux aspects
  - b) Formes
    - 1) syncrétique
    - 2) amovible
    - 3) symbolique
  - c) Différentes fonctions
    - 1) essai
    - 2) protection
    - 3) refus
  - d) Acte comme Moment dans l'enchainement d'une séquence
- 4°/ Acte et Répétition
  - a) Par rapport à l'anamnèse
  - b) En fonction de l'affect intriqué

III - L'ACTE SUICIDE, UNE EMOTION AGIE

A)
- 1°/ Une exhibition mélodramatique
- 2°/ Une action du MOI
- 3°/ Les situations conflictuelles
- 4°/ Catharsis
- 5°/ Acte inférieur ou Acte de remplacement authentique

B) L'Acte et l'Emotion
- 1°/ Dans une synthèse qui est une nouvelle forme d'existence
- 2°/ Les Emotions en jeu
  - a) L'agressivité et la haine
  - b) La peur
  - c) La tristesse
  - d) La nostalgie
  - e) Sujet ému et objet émouvant, unis dans un"corps ému agissant"

IV - L'ACTE SUICIDE, UN MOMENT DANS LA DYNAMIQUE ET L'ECONOMIE du point de vue ANALYTIQUE

"Lorsque le sujet ne peut plus internaliser les conflits, il ne peut que les Agir."

A) -

1°/ L'Agir par destructuration
2°/ L'Agir par imitation
3°/ L'Agir comme réalisation d'une intuition nouvelle

B) - Formulation Freudienne
des deux concepts : Régression et identification

C) - Genèse de l'Agir
1°/ Motricité préverbale
2°/ Echec de la satisfaction hallucinatoire
3°/ Activité de jeu
4°/ L'agir cède le pas à l'imaginaire
5°/ Le sens de la Réalité.

V - LES FORMES DE REGRESSION

A) - Régression topique

B) - Régression formelle
1°/ Processus primaire
2°/ Processus secondaire
3°/ Régression formelle et destructuration

C) - Régression temporelle
1°/ Régression libidinale
a) Régression orale
b) Régression anale
2°/ Régression objectale
a) Clivage
b) Clivage entre objet haï et objet aimé pour échapper à l'adualisme primitif
c) Clivage précoce
d) Le devenir des objets primaires
e) Modèle des clivages ultérieurs

L'identification, non comme interprétation mais forme de <u>l'Agir</u>

VI - LES FORMES DE L'IDENTIFICATION

A) - L'identification

B) - Identification et introjection

C) - Formes d'Identification

1°/ Avant le choix d'objet
2°/ Après le choix d'objet et la relation oedipienne
3°/ Introjection
4°/ Imitation

D) - Le renoncement à l'objet

VII - LES PROPRIETES DE L'ACTE

A) - La succession et la simultanéité des "compossibles"

B) - Décharge pulsionnelle

C) - L'Acte a une valeur en soi, indépendante du but et du désir

D) - L'Acte peut être un symptome

E) - <u>Les Actes élaborés</u>

1°/ Relation entre les instances
2°/ Le suicide, choix de la mort
3°/ Fantasme régressif
4°/ Engagement symbolique
5°/ Transgression

VIII - TYPES D'ACTE

A) - 1°/ Actes d'existence

2°/ Acte, jeu

3°/ Acte court circuit

4°/ Acte et symptome névrotique

5°/ Acte psychotique

6°/ Acte mimétique

B) - Moi Réalité et Idéal du MOI

APPROCHE DESCRIPTIVE DE L'ACTE SUICIDE

- Automatisme obscur, informel
- Destructivité en exercice, besoin essentiel latent
- ou Acte symbole à sens régressif ou progressif

I - INTRODUCTION

A) - L'Observation

1°/ Objectivité

Les conditions scientifiques requises pour l'étude du passage à l'acte suicidaire ne seront jamais réunies. Il est exclu de pouvoir utiliser les sciences d'observation que nous pratiquons en médecine ou en psychologie clinique, dont l'exigence minimum est de pouvoir confronter l'observation simultanée d'un même fait par des cliniciens différents et d'en vérifier les premières hypothèses dans des situations expérimentales.

2°/ Situation cruciale

Il n'est pas davantage possible "d'imaginer" une situation cruciale qui permettrait un abord strictement objectif d'une telle conduite : car être témoin d'une tentative suicidaire, tout en étant engagé dans une relation avec le sujet, ne suffit pas pour en faire une condition de validité ; il y manque le contrôle neutre extérieur.

3°/ L'écran du regard

Il nous est arrivé à plusieurs reprises de "sentir" l'imminence du passage à l'acte suicidaire, et donc du même coup d'empêcher le geste et lorsqu'il se déroule effectivement à notre portée, nous sommes toujours surpris et trop impliqués pour "observer".

4°/ Comportement

La perspective BEHAVIORISTE qui "observe" en terme de situation et de réactions plus ou moins adaptées, qui explicite des comportements et leur conditionnement, pouvant aboutir à des attitudes thérapeutiques de déconditionnement et reconditionnement, n'est pas applicable. Non qu'elle se refuse d'introduire des "aspects subjectifs", comme participation de "l'objet" sous étude, mais parce qu'elle doit être extérieurement contrôlée (Cette participation pouvant être l'auto-observation, les réactions verbales et motrices, de même que le jugement actif qu'il porte lui-même sur ce qu'il fait ou ce qu'il dit).

5°/ Une double subjectivité

Nous sommes contraints à cette double subjectivité, celle de l'observateur et du suicidant sur un fait du passé, avec le double risque de l'introspection et du romanesque.

C'est donc un peu à la manière de l'historien que l'on peut aborder ce temps du suicide.

B) - L'hypothèse du Suicide comme Acte libre, sain.

L'un des premiers aspects à developper serait de considérer l'existence d'un acte suicide comme acte banal, toujours possible et qui ne ferait pas problème pour le suicidant en dehors de l'interdit culturel, qui lui serait extérieur.

1°/ Une conduite synthétique

Un acte survenant chez un sujet paisible, sans aliénation, sans circonstances traumatisantes, ni état dépressif, ni troubles du comportement ; non le mépris de la vie, mais la facilité de mourir, sans motivation sacrificielle ni fuite de la souffrance, ni rationalisation morbide, ni passion. Une situation favorable permet l'émergence d'un acte en parfaite continuité avec l'existence du sujet à la fois comportement eupraxique, sans discordance ni rupture, dans sa manière habituelle de penser, d'être affecté. Chez ce sujet "hypothétique" les ordres du FAIRE, du DIRE, du SENTIR, du PENSER s'articulent entre eux dans une conduite synthétique.

2°/ Une tendance active vers l'autodestruction

Il existerait ainsi chez tout homme une tendance active vers l'autodestruction du moi, comme tendance innée, latente jusqu'à la situation favorable, mobilisant alors toutes les fonctions pour la réalisation d'une finalité inscrite dans l'être. L'Acte réaliserait, non seulement le désir de la mort, comme une complicité secrète avec la mort, mais le désir d'être le maître de sa mort, comme un besoin instinctuel.

3°/ Une conduite de maturité

Cette tendance innée nécessiterait une maturation pour pouvoir s'exprimer et lorsqu'elle s'exprime, ce n'est ni par le fait d'une destructuration, ni par le fait d'une régression, ni par le fait de la mort spontanée des autres instincts. Ce besoin actif d'être maître de sa mort non seulement neutraliserait et dévaloriserait les autres tendances (les instincts sexuels objectaux dans l'amour ; l'investissement narcissique du moi dans les instincts de conservation) mais les annihilerait dans un processus systématique de destruction, en attendant le moment ultime où il s'épuisera lui-même.

4°/ Une inertie à vivre

Cette tendance n'est pas seulement une inertie à vivre, dans le relâchement, un détachement, une désinsertion qui rendraient compte des formes passives du suicide, où le sujet se laisse mourir et où il ne se tue pas ; mais comme une tendance positive de se détruire, et non une conduite par défaut.

Pour DESHAIES, cette tendance active vers la mort peut être le primum movens, l'essence du taedium vitae, de la dépression mélancolique, mais elle devient alors le premier symptome d'un déséquilibre thymique.

Aucune de nos observations ne répond à une telle éventualité : l'acte gratuit, la négativité agie, sans situation conflictuelle plus ou moins dramatique, sans symptome, comme une conduite homogène assumée, intégrée, modèle du suicide sain, physiologique.

C) - L'Universalité de l'Idée du Suicide

Nous aurions beaucoup moins d'embarras pour découvrir l'universalité de l'idée du suicide, un PENSER, un DIRE, un SAVOIR, mais ni un DESIR, ni un AGI.

1°/ Les jeux de l'enfant

Notre pratique de psychologie infantile et psychiatrie, nous apprend l'extrême fréquence et la précocité de la représentation ludique d'un geste à valeur autodestructive, mais toujours dans une composante auto-agressive sadique esquissée. Nous avons vu mimer par des garçons vers l'âge de 4 ans le geste du hara-kiri, verbalisé par un autre enfant de six ans par le "Tu vas te tuer" dans un jeu collectif sous le thème : "je te tue. - Tu me tues."

Il va sans dire que ces enfants ne présentaient par ailleurs aucun symptome sérieux psychiatrique.

2°/ Les conditions de l'Agir Suicide : la nécessité d'un jugement intellectuel et de valeur

Toujours dans le monde de l'enfant, chez le débile profond, notre expérience personnelle de psychodrame en institution sur un groupe de sujets âgés de 14 à 18 ans, nous a révélé un certain nombre d'éléments. Le jeu dramatique nous a montré, dans les scènes spontanées, l'intensité des désirs de destruction hétéroagressif d'abord, puis avec le déroulement du jeu, l'accumulation des cadavres fantasmatiques, l'enfant se prend lui-même dans ce jeu destructeur et il n'échappe plus à l'explosion où se mêlent les blessures, le sang, les chutes, l'écroulement, le feu. Mais jamais nous n'avons constaté de "velleité suicidaire" et pourtant la "notion" du suicide était connue et a pu être verbalisée par la plupart d'entre eux, mais ajoutait l'un d'eux, il faut une "raison" ; la seule limite que nous avons rencontrée était celle de "décider" et de reconnaître concrètement le motif.

3°/ Fantasme destructeur

En dehors des fantasmes, nous n'avons pas rencontré de manière isolée la tendance active à l'autodestruction, et lorsqu'elle s'en approche dans un "désir", il se confond avec les représentations hétéroagressives, sadiques, destructrices.

L'acte suicide exige d'autre part, pour apparaître, une certaine maturation intellectuelle qui concerne la possibilité de "former", "d'isoler" les représentations de la mort, mais également un moi qui puisse discriminer des choix éthiques dans l'ordre de la temporalité, ce que nous trouvons chez l'enfant à la fin de la période de latence : avec un moi qui puisse conduire les expériences vers le réel et les inscrire dans la succession et la durée.

D) - Les Représentations de la Mort

L'expérience quotidienne tant chez l'adulte que chez l'enfant nous apporte le matériel qui explicite les représentations de la mort.

1°/ Les Images de la Mort dans le rêve

a) Les scènes oniriques

Dans le matériel onirique, nous découvrons de nombreuses scènes de meurtre, de blessures reçues, de retour d'êtres chers disparus ou au contraire rêves qui figurent la mort de personnages familiers, des funérailles, celles des autres ou les siennes noyade, écrasement, présence de cadavre que "l'on cherche". Le rêve tue et ressuscite sans embarras, il ne croit pas au "fini" au définitif.

b) Fantasmes

"La psychanalyse nous dit que la Mort n'existe pas pour l'Inconscient, que tous les comportements des suicidants, toutes les idées conscientes de mort sont sur-déterminées par des contenus inconscients ressortissant de la Libido : fantasmes de fusion à l'être aimé, retour dans la quiétude maternelle, fantasmes de castration, d'agression, de culpabilité, de destruction d'autrui."

c) Elaboration secondaire

Nous admettons volontiers qu'il s'agit souvent d'une élaboration secondaire symbolique dans l'ordre du désir de la mort des "autres" ou de leur résurrection, mais nous avons vu des sujets "participer" au spectacle de leur propre cadavre, mort et vivant à la fois : de toute façon, il dispose d'un modèle, la mort d'un autre, mais sans que l'irrévocable de la mort n'appartienne au contenu du rêve.

2°/ Les Représentations conscientes de la Mort.

a) Chez l'enfant

Chez l'enfant, l'intuition de "l'inanimé" est très précoce : dès l'âge de 3 ans, il sait reconnaître et s'inquiéter d'un animal familier qui ne respire plus, froid et raide. Ayant saisi la notion de cadavre, il l'associe rapidement à celui de "mise en terre". Les commentaires successifs des adultes permettent d'enrichir sans savoir des funérailles et d'en préciser le rituel.

b) Un savoir

Mais l'aspect irrévocable, définitif de la mort n'est saisi que plus tard ; c'est un savoir qui se construit avec la mort réelle des autres et dans ces découvertes progressives, elle devient tragédie avec la souffrance que l'enfant découvre chez ceux qui restent, souffrance qu'il ressent à travers eux par simple empathie.

c) Mort et sommeil

Ainsi la mmort se confond avec les causes de la mort, les signes fugitifs de l'agonie, et au-delà de ce dernier geste, quelque chose qui est encore de la vie : le repos, le sommeil, le voyage, la renaissance parfois promise. Le suicide qui est un geste de mort, se perd dans ces différentes directions : autant de sens à découvrir et de recherche jamais épuisée.

d) Les objets mythiques

Les thèmes religieux d'éternité, d'immortalité, derésurrection, de paradis, qui faisaient le tissu d'une culture ne sont plus reçus le plus souvent. On ne s'interroge plus sur la mort, mais sur le sens de la vie.

e) Pour le suicidant

La Mort pour le suicidant :

c'est ne plus penser
dormir le plus longtemps possible
oublier
fermer les yeux pour ne plus voir
ne pas entendre
ne pas souffrir
ne plus sentir

tout ceci pour le prix d'un instant

l'écrasement de la défénestration
le sang qui s'écoule d'une blessure volontaire

dans la recherche de l'immobilité, d'une nouvelle limite.

f) Suicide : signe de la mort, pour les autres

Ainsi le problème de la mort ne se posepas tant pour le suicidant que pour l'entourage et au premier chef le médecin : sous le jeu de la responsabilité, de l'homicide par imprudence, de la complicité et de la non assistance ; c'est dans l'entourage familial et l'équipe soignante que va apparaître cette peur de la mort, dans la culpabilité et l'angoisse d'un échec toujours possible, car le choix appartient à la liberté d'un autre, liberté quelquefois aliénée par la folie, mais qui renvoie toujours à cette autre limite, la fin de la vie et la destruction du corps.

II - VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE L'ACTE SUICIDE

A) - 1°/ <u>Les autres Gestes</u>

La compréhension de l'Acte suicidene pouvant reposer sur les idées de mort sous-jacentes, on peut tenter d'en saisir une des réalités en l'opposant aux autres "gestes" de la psychopathologie, gestes totaux ou partiels :

- l'acte itératif du joueur ou du toxicomane
- l'impulsion agressive, meurtrière, sanglante du pervers sadique
- l'acte répétitif du kleptomane
- ou la dramatisation hystérique

Mais on peut également le situer par rapport à des symptomes moteurs comme les tics ou les stéréotypies gestuelles et à l'autre pôle, l'inhibition motrice, la catatonie.

2°/ <u>Sujet de la parole et sujet de l'Acte</u>

Pendant l'entretien avec l'intoxiqué rescapé, nous lui proposons de dire l'Agir, après avoir agi ce qu'ils n'ont pu dire ou agir autrement, et à l'évidence, le sujet du discours et le sujet de l'Acte ne sont pas les mêmes et si l'acte parle c'est d'une façon plus ambiguë que la parole. Il faut essayer chaque fois que c'est possible d'analyser la séméiologie de l'acte en même temps mais indépendamment de la séméiologie globale.

B) - Séméiologie globale

1°/ <u>La séméiologie globale</u> s'apprécie par rapport aux références habituelles en termes de vigilance, de destructuration aiguë ou chronique qui nous permet de lier :

- l'automatisme comitial	à un syndrome neurologique
- le somnambulisme	au sommeil
- l'onirisme	aux états confusionnels

2°/

a) Le sujet était-il <u>lucide</u> ou <u>obnubilé</u> en évaluant l'orientation temporo-spatiale

b) La pensée peut être délirante à la manière hermétique du schizophrène ou systématisée de la paranoïa et l'affectivité figée douloureusement dans les psychoses thymiques.

c) On peut retrouver la trace
d'une confusion ébrieuse émotionnelle, passionnelle, anxieuse
ou d'une bouffée délirante aiguë, parfois hallucinatoire

d) On pourra apprécier le degré d'involution par la détérioration.

e) Il faut établir le registre hystérique ou obsessionnel de la névrose éventuelle.

f) On affirmera le déséquilibre psychique sur la rencontre de l'impulsivité, l'instabilité, les conduites délinquantes habituelles.

g) et parler de caractère pathologique, lorsque les comportements impulsifs se répètent régulièrement.

h) et de caractères pervers, lorsqu'un comportement régressif qui a le type perversion, est inscrit dans l'existence du sujet, assumé consciemment et sans culpabilité.

Cette grille séméiologique permettant surtout de distinguer :
- un niveau confusionnel
- un niveau psychotique
- un niveau névrotique et caractériel
- un niveau pervers

sous deux rubriques essentielles :

le caractère réactionnel ou situationnel ou non
le caractère aigu ou chronique de l'organisation morbide du sujet

C) - L'Acte suicide : symptome ou acte pur ; Activité réflexe ou Activité désorganisée

1°/ La ligne descriptive de l'organisation gestuelle

La ligne descriptive de l'organisation ou la désorganisation du geste ne suit pas les mêmes paliers que la séméiologie générale puisqu'il va de la trépignation du nourrisson affamé à la danse.

2°/ Modèles et concepts

Nous disposons ici de quelques modèles, dans les concepts neurophysiologiques, neurologiques, psychophysiologiques, behavioristes :

a) Niveau
volontaires ; involontaires
innés ; acquis ; conditionnés
automatiques ; réflexes ; supérieurs ; symboliques

b) Fonctionnement

stimulus ; réponse motrice
inhibition ; excitation ; sommation
intégration ; coordination

Ces concepts renvoient à la question classique : s'agit-il de
" fonctions d'une structure"
ou de " structures fonctionnelles"

3°/ Stock de mouvements ou hiérarchie d'Actes

a) Nombreux aspects

L'agir tire-t-il sa source dans un "stock de mouvements" ou dans une hiérarchie d'actes, de niveaux d'action, de type d'action.

- nécessaire ou possible
- immédiat, urgent ou différé
- plus ou moins
  - différencié
  - organisé
  - global
- actes préparatoires ou acte but
- activités partielles qui deviennent solidaires l'une de l'autre dans un montage rigide : définissant les actes automatiques

b) Formes

1) Actes à "forme syncrétique" :
"emprisonné dans le cadre de ses conditions naturelles et qui ne traite les situations inédites que comme des allusions aux situations vitales."

2) Actes à "forme amovible" :
qui ne sont pas déterminés par les montages de l'espèce, mais qui se développent sur des schèmes plus anciens par contiguité spatiale ou temporelle, où le comportement reste "compris" mais non expliqué par une pluralité de causes séparées.

3) Actes à forme symbolique :
Expression variée d'un même thème dans une multiplicité de perspective. Elle rend possible toutes les substitutions de point de vue : "adéquation du signifié et du signifiant, adéquation de l'intention et de ce qu'elle vise."
"Il n'a plus une signification, il est signification".

Mais l'acte "n'est pas une chose, ni une idée, et il n'est pas l'enveloppe d'une conscience, il est une forme", "c'est ce qui le rend opaque à l'intelligence."

c) Différentes fonctions

On peut isoler des :

1) actes d'essai, qui peuvent devenir des échecs
2) actes de protection et d'évitement
3) actes de refus : comme celui de la névrose expérimentale
celui du "chien de Pavlov qui se refuse à toute nouvelle expérience" : refus indéterminé de répondre aux stimuli."

d) Acte comme Moment dans l'enchainement d'une séquence

On peut encore placer l'acte dans une séquence :

- Acte . perçu (comme forme possible se détachant
. conçu (d'un fond indifférent
puis . joué
. mimé
. imité

4°/ Acte et répétition

a) Mais il faut le comprendre aussi par rapport à <u>l'anamnèse</u> : Acte répétitif comme "trace" répétée :

1) soit comme <u>action itérative</u> satisfaisant un besoin sensoriel fondamental primaire
2) soit comme trace d'une action sans valeur symbolique
3) soit comme répétition d'un souvenir, histoire abrégée agie, à valeur symbolique où 3 personnes au moins sont impliquées
4) enfin comme répétition agie d'une émotion survenue autrefois dans une situation conflictuelle.

b) En fonction d'un affect intriqué à l'acte, on peut décrire :

1) l'Acte répétitif du <u>Jeu</u>, pour le plaisir pur de la répétition
2) l'Acte compulsif, parce qu'il est accompagné du sentiment de contrainte
3) l'Acte sans affect, dans le détachement sans aucune tension ni plaisir.

Nous avons signalé une des réalités de l'acte, comme répétition émotionnelle, ce qui nous amène à nous déterminer sur la nature de "l'acte émotion actuel."

III - L'ACTE SUICIDE, UNE EMOTION OU UN SENTIMENT AGI

A) -

1°/ Une exhibition mélodramatique

Dans notre "pratique", à l'écoute des suicidants rescapés, ce point nous paraît important. Au réveil immédiat du sujet, mais passé le cap de l'obnubilation, nous retrouvons le plus souvent une certaine réticence, adhérence qui est encore dans le sillage de l'acte suicidaire, persévération vécue, qui exige de la part du sujet un effort important pour rompre cette attitude émotionnelle bloquée, figée, et ce qui ne préjuge pas de la demande relationnelle ultérieure : ce qui nous fait dire que l'acte est davantage une exhibition dramatique qu'une communication réussie.

2°/ Une action du Moi

D'autre part, dans la plupart des cas, ils sont "présents" au sein de leur action : ils "savent" que c'est une "action" du moi, même s'ils n'explicitent pas en terme de motivation de compréhension, le pourquoi de la génèse de cet acte. On retrouve la trace, le fantome d'une participation vigile du sujet (exception faite pour les tentatives réalisées en état d'ébriété par exemple), dans un instant ou une durée : ils peuvent se reconnaître différents aujourd'hui ou au contraire revendiquer une responsabilité qui va parfois jusqu'à la valeur d'une liberté agissante ou le bénéfice du courage, mais là nous sommes déjà dans le versant positif progressif de l'acte.

3°/ Les situations conflictuelles

En effet dans la quasi totalité des observations, le sujet est pris dans une situation conflictuelle dans l'impasse. Elle induit une crise émotionnelle intense, immédiatement accolée à l'acte ou déclenchée quelques heures ou jours avant. Le conflit peut être exclusivement interne au sujet ou engagé dans une relation interpersonnelle, réelle, imaginée, fantasmatique ou délirante.

4°/ Catharsis

La psychopathologie nous apprend que cette crise émotionnelle peut aller jusqu'à la catharsis qui permet ou non l'abréaction, la libération de l'affect attaché à l'évènement traumatisant.

La catharsis réalise une " destructuration relative" dépersonnalisation ou perte d'identité. Cet état ne cède pas tant que n'interviennent que des actions non spécifiques (cris, agitation) réponse inadéquate, laissant affluer les excitations, faisant de l'émotion et de la passion une conduite de désadaptation et d'échec.

5°/ Acte inférieur ou acte de remplacement authentique

"Quand la tache est trop difficile et que nous ne pouvons tenir la conduite supérieure qui s'y adapterait, l'énergie psychique libérée se dépense par un autre chemin : on tient une conduite inférieure, qui nécessite une tension psychologique moindre." (Janet)

Un acte suicide dans ces conditions

est-il "le substitut par dérivation automatique d'une conduite supérieure que nous ne pouvons tenir ?"

"Absence de conduite et réaction organique diffuse, au hasard ? ou retour à une première adaptation organique, à un circuit primitif" (Wallon)

Est-il bouleversement diffus, décomposition ou conduite authentique pour <u>remplacer</u> "une action qu'on ne peut ou ne veut pas tenir ?"

B) - <u>L'Acte et l'Emotion</u> : dans une "synthèse" qui est une nouvelle forme d'existence.

1°/ "Evasion" ou "repli" sur soi dans les deux cas, l'acte émotionnel est une diminution du moi.

"La colère affaiblit les barrières qui séparent les couches profondes et superficielles du moi :....affaiblissent les barrières entre le réel et l'irréel." (Dembo)

"...Elle est une façon de "trancher le noeud gordien."

Le sujet se "transforme" en même temps de telle façon qu'une solution grossière lui suffit.

2°/ <u>Les Emotions en jeu</u>

Dans nos observations nous constatons trois types d'émotion, dans le "halo" de l'Acte :

1) La colère, sourde ou agressive
2) La peur et l'anxiété
3) La tristesse de la dépression
4) et souvent la nostalgie de la "joie d'autrefois".

a) <u>L'agressivité</u>

La présence de l'agressivité, de la haine est pratiquement constante, comme une attaque hostile du corps, pour faire mal, légitime défense ou attaque délibérée. Elle peut avoir un caractère trans-agressionnel en visant d'abord un objet extérieur puis après un processus réflexif en se retournant sur le sujet, soit <u>directement</u> sans projection objectale ni réflexion secondaire en investissant sa personne.

b) <u>La peur</u>

Devant un danger quelconque, que les actes habituels n'ont pas permis de maîtriser, la peur et l'angoisse subie ne laissent au sujet dans son intention annihilante que le choix de le nier, soit de fuir d'un autre côté et si ce n'est pas possible de s'anéantir pour anéantir l'objet avec lui.

c) <u>Le morne triste</u>

"La tristesse vise à supprimer l'obligation de chercher des nouvelles voies, de transformer la structure du monde (-) par une structure indifférenciée. Il s'agit en somme de faire du monde une réalité affectivement neutre, un système en équilibre affectif total, de décharger les objets à

forte charge affective, de les amener tous au zéro affectif et par là même de les appréhender comme parfaitement <u>équivalents</u> et <u>interchangeables</u>."

Et devant ce "morne", se blottir dans un "refuge".

d) <u>La nostalgie</u>

Enfin nostalgie de la Joie, émotion de la possession de l'objet désiré, ou anticipation mimée de cette possession.

e) <u>Sujet ému et objet émouvant unis dans un corps ému agissant</u>

Lorsque dans une situation donnée, toutes les voies sont barrées, le sujet se précipite dans l'émotion, et la conscience se "dégrade" comme la conscience qui s'endort. "La libération doit venir d'une réflexion purifiante ou d'une disparition totale de la situation émouvante."

C'est le corps qui est ému, saisi par la colère, qui est colère, tristesse, angoisse et de plus le "sujet ému et l'objet émouvant sont unis dans une synthèse indissoluble." (Sartre : Esquisse d'une théorie de l'émotion).

IV - L'ACTE SUICIDE, un MOMENT dans la Dynamique et l'Economie, du point de vue analytique :

"Lorsque le sujet ne peut plus internaliser les conflits, il ne peut que les Agir."

A) - 1°/ L'Agir par Destructuration

Comment saisir dans une vue homogène les différentes approches qui introduisent "l'acte" comme :

- dérivation
- conduite inférieure
- court-circuit réflexe
- débordement
- retour au chaos indifférencié
- catharsis
- dégradation
- désorganisation
- régression et fusion sujet-objet dans l'identification

qui impliquent une forme de destructuration dans l'ordre de l'Agir mais également parfois, soit dans l'ordre du SENTIR, soit du PENSER, soit de la vigilance et l'orientation temporo-spatiale.

2°/ L'Agir par imitation
jeu
contagion

3°/ L'Agir comme réalisation maturante d'une intuition nouvelle

B) - La Formulation Freudienne

Deux concepts : la régression et l'identification ont reçu une formulation différente par l'analyse freudienne, qui suppose implicitement une conception topique de l'appareil psychique comme formé d'une succession orientée de systèmes.

Comme le langage, l'Acte a une double inscription consciente et inconsciente dont le niveau d'atteinte peut être différent.

En distinguant "l'acte" en terme clinique, comme "expression agie", il ne peut se confondre avec les rationalisations qui l'accompagnent parfois, ni avec les fantasmes ou désirs concomitants, registres divers qui ne sont pas dépendants nécessairement les uns des autres dans une même régression. D'autre part un même acte, avec les mêmes rationalisations, le même "désir de mort" peuvent se voir aussi bien chez un sujet dont la conscience s'articule normalement avec les valeurs habituelles de sa communauté que chez le malade délirant, interprétant ou halluciné.

C) - Genèse de l'AGIR

L'évolution et l'importance de l'Agir peut se décrire en plusieurs étapes :

1°/ La motricité préverbale

Dans la période préverbale, la motricité domine :
- décharge motrice immédiate
- besoin de satisfaction immédiate
- et satisfaction hallucinatoire

Dans une relation à la mère symbiotique où elle joue le rôle de moi auxilliaire. Le mimétisme est un des caractères de l'adualisme originel.

Dans l'adualisme le mouvement entraîne le mouvement, l'immobilité bloque le mouvement.

2°/ Echec de la satisfaction hallucinatoire

Echec de la satisfaction hallucinatoire devant la réalité, et nécessite de retenir la décharge motrice, ce qui fait développer la pensée.

3°/ Activité de jeu

L'activité de jeu introduit le successif pour éviter le simultané, activité différée et répétée.

Elle concerne la réalité et combine la satisfaction apportée par le jeu avec un essai de solution de conflit.

4°/ L'Agir cède le pas à l'Imaginaire

Remplacement d'éléments de plus en plus nombreux de l'activité de jeu par l'expression de l'imaginaire :
Imagination non hallucinatoire se situant entre l'activité de jeu et un mode de pensée relevant du processus secondaire, dans laquelle le besoin d'agir est abandonné.

Mais le plaisir de fantasmer, source de la sublimation, prend sa fin avec celle de l'enfance.

5°/ Le Sens de la Réalité

Le sens de la réalité s'édifie sur les traces hallucinatoires, la magie gestuelle, puis les symboles verbaux autant d'étapes dans la formation de l'objet, qui dans un sens progressif peut être nié à son tour par l'acte, le travail ou le fantasme.

V - LES FORMES DE REGRESSION

On décrit plusieurs types de "régression", mais recouvrant des réalités bien différentes.

A) - Régression topique

De la mémoire au rêve, en passant par l'hallucination, la régression topique n'autorise pas les mêmes expressions des figurations habituelles :
dans le rêve, elle se poursuit jusqu'à son terme
dans l'hallucination elle est moins globale
dans la mémoire elle va moins loin

A l'état de veille, les "systèmes" sont parcourus par les excitations dans un sens <u>progrédient</u>, de la perception à la motilité. Dans l'état de sommeil, les pensées se voient refuser l'accès à la motilité et "régressent" jusqu'au système de perception.

B) - Régression formelle

1°/ Le processus primaire

On voit réapparaître le processus primaire avec passage du fonctionnement selon l'identité de pensée au fonctionnement selon l'identité de perception.

2°/ Le processus secondaire

Dans le processus secondaire, l'énergie psychique est d'abord liée avant de de s'écouler de façon contrôlée. Les représentations sont investies d'une manière plus stable, la satisfaction est ajournée, permettant ainsi des expériences mentales qui mettent à l'épreuve les différentes voies de satisfactions possibles.
En cas de <u>régression</u> au processus primaire, où le <u>moi</u> est collabé <u>au çà</u>, l'énergie psychique s'écoule librement, passant sans entrave d'une représentation à une autre selon les mécanismes de condensation et de déplacement. L'énergie tend à réinvestir pleinement les représentations attachées aux expériences de satisfaction constitutives du désir, comme l'hallucination primitive.

3°/ Régression formelle et destructuration

Ce type de régression est proche des concepts de destructuration d'un comportement ou de la conscience, selon une succession non d'étapes effectivement franchies, mais hiérarchisées dans leur structure et leur fonction. Il faut donc préciser davantage, en ce sens que dans la régression certaines fonctions acquises à un certain niveau peuvent régresser en deçà de ce niveau et subir de ce fait une transformation. A la rupture "d'une forme" succède une reconstitution d'une autre forme : ainsi l'Agir suicidaire pourrait être une non utilisation régressive du langage, ou encore, un acte peut se dérouler comme un rêve dramatisé agit pendant la veille.

C) - Régression Temporelle

On peut encore faire intervenir un autre type de régression, la ré-gression temporelle.

Les états primitifs peuvent toujours être réinstaurés, le psychisme primitif est impérissable et la remise en jeu de ce qui fut inscrit est toujours possible.

1°/ Régression Libidinale

Régression quant au stade libidinal dans l'évolution du moi.

a) Régression orale

Dans la régression orale, on vit sous le règne de l'incorporation, comme mode d'activité de la pulsion orale. L'activité orale est un besoin de satisfaction immédiate, un besoin urgent d'incorporation sans égard pour l'objet. L'objet n'a pas d'autre fonction que d'être le moyen de procurer la satisfaction et concerne tout ce qui est susceptible d'être incorporé.

Ce mode d'activité s'organise autant autour de la bouche, qu'autour de l'incorporation visuelle (réactions kinesthésiques de la mère) ou cutanée (contact avec la peau de la mère). L'un ou l'autre peut être réinvesti libidinalement dans la régression. La régression se fait d'autant plus volontiers jusqu'à ce stade, si le sujet a trouvé un écho, une disposition correspondante chez l'un des deux parents, ce qui intensifie l'investissement des besoins instinctuels et diminue ou rend impossible le renoncement instinctuel à l'objet.

Comme facteur de fixation à ce stade (facilitant la régression ultérieure), il faut signaler le rôle du contact étroit physique d'un des parents avec leur enfant, tel qu'une constante manipulation est possible.

Comme facteur de troubles à cette période, on note l'importance des stimulations visuelles et motrices excessives répétées, telles les activités sexuelles ou querelleuses des parents au vu des enfants, ce qui met l'enfant à la fois dans l'affaire et hors d'elle.

Par identification primaire, il y participe, dans une intense stimulation visuelle et motrice terrifiante et excitante, mais comme il ne peut attirer l'attention des parents, il se trouve dans une situation proche de l'abandon, du délaissement. Il ressent des sentiments de jalousie et d'humiliation et pour peu qu'une situation réactive cette humiliation, l'acte survient comme défense contre cette passivité humiliante, pour la remplacer par une activité qui la nie.

Ce type de situation est particulièrement dangereuse si le sujet se trouve en face de protagonistes de son entourage immédiat, eux-mêmes séparés par des griefs réciproques, et avec lesquels il a des liens distincts mais dont l'un le prenait comme confident et témoin tenu au secret avec la consigne de ne pas trahir.

L'agressivité et la destructivité est une des formes de la pulsion orale, intriquée à l'incorporation.

b) Régression anale

Cette destructivité va être fortifiée par le langage de la pulsion anale et modelée dans deux nouvelles directions : celle qui est attachée à la pulsion motrice sadique de "l'évacuation" qui détruit l'objet en l'évacuant et celle qui appartient à la rétention, comme possession de l'objet.

C'est dans ces formes prégénitales que l'agressivité, la destructivité de l'adulte viendra puiser. Ce sont elles qui traduisent un ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques visant à nuire à autrui, à le détruire, le contraindre, l'humilier. La haine n'est pas un amour en négatif, elle a son origine, sa génèse propre, comme lutte du moi pour sa conservation et son affirmation. Or le sort des pulsions libidinales peut être fantasmatique, mais celui des pulsions de haine est plus souvent agi.

2°/ Régression objectale

La régression temporelle peut également se faire "Quant à l'objet"

a) Clivage

Mélanie Klein a décrit un processus relatif aux objets primaires perturbé par le phénomène du clivage.

La plupart des états dépressifs et de nombreuses conduites réactionnelles sont des expériences de perte d'objet, vécues dans l'Angoisse de séparation.

Dans l'acte le sujet tente de se détourner de l'objet actuel comme il s'est efforcé de le faire à l'égard des objets primaires.

Le détachement par le jeu des fantasmes, la mise en scène fantasmatique ou imaginaire, n'apportant pas la solution, il échappe dans l'action.

Les bons et mauvais objets ne se détachent plus, il vit une confusion, lorsque les pulsions agressives dominent, car les pulsions sexuelles s'épanchent plus facilement dans le rêve.

La possibilité de maitriser la perte d'objet dépend du degré d'hostilité, avec laquelle il s'est détourné de son objet le plus précoce, le sein maternel.

Les pulsions orales du nourrisson (faim, plaisir, rage) sont organiques : le manque va créer le besoin, puis un désir, intériorisé en objet bon ou mauvais.

b) Clivage entre objet haï et objet aimé pour échapper à l'adualisme primitif.

En effet dans une première période, les absences de l'objet sont ressenties comme persécutrices : il cherche un objet extérieur dans lequel il va évacuer ses sentiments intolérables : fantasme de toute puissance destructrice et ses peurs du talion. Si l'hostilité et l'angoisse ne sont pas excessives, le clivage entre l'objet haï et l'objet aimé ne sera pas trop rigide :

il pourra réaliser que l'amour et la haine concernent le même objet. Il pourra éprouver de la culpabilité et prendre la position dépressive : celle dont dépend la capacité individuelle à faire face aux frustrations sans perdre entièrement le bon objet. Cette activation itérative des images orales, objets internes, est essentielle pour échapper à l'adualisme primitif, au chaos. Le Moi s'ébauche à la confrontation répétée des objets internes et objets réels.

c) Clivage précoce

Si l'angoisse persécutoire, éprouvée à l'égard de l'objet primaire est trop intense, il se fixera à l'objet dans cette phase.

Plus forte sera cette fixation et plus profond sera le clivage entre objet mauvais et objet hautement idéalisé, rendant difficile la position dépressive, le clivage précoce empêchant ou gênant du même coup le développement de la pensée verbale et de la sublimation.

d) Le devenir des objets primaires

On peut résumer trois développements possibles du point de vue des objets primaires.

1) Une confusion bons et mauvais objets mais sans être un objet unique.

Sujet et objet se confondent dans l'identification projective.

L'échec du clivage serait responsable des états confusionnels émotionnels de la précoce enfance et des périodes ultérieures.

2) L'intensité de la convoitise peut être telle que l'enfant ne peut parvenir à une satisfaction complète, en dépit de ce que les circonstances extérieures soient satisfaisantes, n'aboutissant qu'à un bon objet fragile, éphémère, vulnérable, qui ne résistera pas aux attaques sadiques contre le mauvais objet.

3) L'intensité des attaques sadiques contre l'objet gratifiant rend difficile la reconquête, la réparation du bon objet.

e) Modèle des clivages ultérieurs

Ces formes de clivage peuvent se faire entre d'autres parties du sujet, parties constituées par des objets internalisés. Le clivage peut ne concerner le MOI que dans ses rapports avec la réalité : coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure, en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle. L'une tient compte de la réalité et l'autre dénie la réalité, et met à sa place une production du désir. Ces deux attitudes coexistent côte à côte sans s'influencer réciproquement.

VI - L'IDENTIFICATION NON COMME INTERPRETATION, MAIS FORME DE L'AGIR

A) - L'Identification

Nous avons vu les avatars de la régression, restructurer l'activité du sujet dans l'ordre (- de l'économique
(- de la topique
(- des objets
mais sans pouvoir préciser les liens qui unissent le sujet à l'objet et qui se définissent sous le terme générique d'identification.

B) - Identification et Introjection

L'abandon d'un objet d'amour ou de haine n'est possible pour le moi qu'après avoir installé l'objet dans le moi : "en adoptant les traits de l'objet, le moi s'impose au çà comme objet d'amour ou de haine" (Mélancolie). Cette introjection est bien une des figures de l'identification, utilisant l'incorporation orale, pour arriver à une forme de narcissisme, lorsque la libido d'objet ne peut se réaliser.

Nous sommes bien devant une des difficultés essentielles du langage analytique, qui ne thématise qu'en termes de régression, même pour unprocessus qui vise au renoncement à un objet de désir, une "sublimation" une progression.

De ce point de vue, <u>l'identification</u> est elle même une régression en soi, puisqu'elle prend la place du choix objectal.

L'objet qui sert de support à l'identification n'est pas neutre dans cette forme : il est soit "amour pour l'objet", soit "vengeance contre l'objet" dans la mélancolie par exemple, c'est"la vengeance contre l'objet perdu" qui est intériorisée : le moi se transforme par identification à la "vengeance contre l'objet" donc en foyer de haine contre soi-même.

C) - Formes d'Identification

Ainsi l'identification peut prendre plusieurs aspects :

1°/ <u>Avant le choix d'objet</u> :

L'identification constitue la forme la plus primitive de l'attachement à l'objet, comme désir de ressembler, d'être comme le modèle à imiter, aussi bien l'image maternelle que l'image paternelle.

2°/ <u>Après le choix d'objet</u>

La relation oedipienne introduit la rivalité : avec en plus de l'identification précédente qui laisse persister une relation positive, une identification de compétition qui nourrit une relation négative à l'égard du rival dans la relation triangulaire : Identification pour "être", pour "avoir".

3°/ Nous trouvons ensuite l'identification par introjection :

A la suite d'une transformation régressive, elle devient le substitut d'un investissement libidinal à un objet et cela par une introjection de l'objet dans le moi :

Identification non plus pour "être", mais pour avoir, posséder.

4°/ Enfin une identification dans une relation d'imitation sur un trait particulier de l'objet, sans échange affectif, indépendamment de toute sympathie (contagion psychique, empathie)

D) - Le renoncement à l'objet

Ainsi chaque fois que le sujet est contraint de renoncer aux différents objets :

- objets archaïques perdus
- objets incestueux interdits
- objets mythiques consolants

il pourra soit :

- ou refuser et poursuivre une relation intrasubjective, par régression et identification
- soit l'assumer au terme de la dépression du deuil, grâce au moi-réalité qui impose sa loi de l'utile et le conduit à un nouvel investissement substitutif.

"Tout investissement objectal est de toute façon un placement affectif provisoire. Nos amours et nos haines sont des figures révocables de l'amour et de la haine prélevées sur le fond indifférencié du narcissisme."

Mais c'est bien le MOI qui "décide" du destin régressif ou progressif, de la perte d'objet. Il appartient au MOI d'introduire la succession et la temporalité, d'imposer la loi de la nécessité contre celle du plaisir et qui règle la vie motrice en l'inhibant ou la coordonnant.

C'est lui qui organise la fuite en avant (lorsque les paradis perdus restent inaccessibles) dans la sublimation éthique dans ses trois niveaux :

"- l'avoir : et ses objets concrets comme l'argent
- le pouvoir : de la soumission à la responsabilité
- le valoir : l'estime de soi-même qui est tributaire de cette constitution de soi dans l'opinion d'autrui, et qui s'établit sur la créativité, les objets culturels."

VII - PROPRIETES DE L'ACTE

A) - La succession et la simultanéité des "compossibles"

Dans un même MOI des "vécus divers" sont des "compossibles" : ils se déroulent dans le flux de la succession du temps et de la durée :

- les souvenirs et les fantasmes du passé
- les émois du présent
- les désirs pour le futur.

Mouvements et de bons et mauvais objets qui comptent sur le temps pour ne pas se briser entre eux. Mais lorsque l'urgence d'une situation précipite les images, le temps n'est plus le champ qui permet le jeu de la haine et de l'amour, il ne reste plus qu'une partie de la réalité, le corps "qui nous fait être comme étant en dehors de nous-même."

B) - L'acte est d'abord une décharge pulsionnelle

Dans une situation de crise et d'hostilité trop intense, la remémoration cède le pas à l'action. Elle permet la décharge énergétique, tout en assurant le refoulement, du fait "de l'inconscience de soi", de l'intentionnalité en exercice.

Il s'agit d'une décharge pulsionnelle immédiate et directe, simple, mais séparée des représentations qui la rendraient compréhensibles :
coexistence de l'urgence du besoin de décharge
et exigence de refoulement.

Ce qu'il ne peut obtenir autrement, le sujet, l'agit sans comprendre, jusqu'à ce que l'énergie pulsionnelle soit épuisée.

Cette décharge dans la voie motrice pourrait se faire dans le sens de l'immobilité (stupeur, catatonie) par accentuation de la force musculaire bloquant les segments, mais l'immobilité aggrave l'état de panique émotionnelle et la partie du moi qui observe, peut l'interrompre par l'action, plus admissible par le moi réalité que la confusion.

Pendant l'acte, on constate également une modification dans le maniement de la pensée, où le MOI témoigne vis-à-vis de ses pensées d'une certaine passivité, d'une certaine distance ne se sentant plus engagé par ce qui s'élabore en lui, confirmant le divorce exclusif au profit de l'un ou de l'autre dans le sort d'une pulsion soit sort <u>mental</u>, soit sort <u>agi</u>.

C) - L'Acte a une valeur en soi, indépendante du but et du désir

Dans le vécu de confusion de l'identification, l'acte provoque une séparation physique : il crée brutalement un nouvel espace autonome, il est facteur d'identité pour le sujet qui se "perd".

Comme autrefois, l'enfant par la motricité apprenait à se différencier physiquement de la mère, dont il ne se distinguait pas.

Cet acte, ancré dans l'urgence du besoin, ne peut être remplacé par aucune <u>satisfaction imaginaire</u>.

Par la magie du geste, il nie sa faiblesse et en niant sa dépendance, il interrompt le processus régressif vers la dépersonnalisation, la perte d'identité, la passivité, le chaos, la folie, pire que la mort, qui elle est "naturelle".

D) - L'Acte peut être un symptome

L'acte devenant alors répétition en acte de ce qui a été conscient lors d'un épisode traumatique puis oublié, ou qui n'a jamais été conscient et jamais été un souvenir (répétition d'un acte, des attaques sadiques archaïques).

L'acte se déroule en remplacement d'un souvenir remémoré ou oublié.

Il est aussi reviviscence déguisée de ce qui n'a jamais été un souvenir.

Il peut s'agir d'une réminiscence inconsciente exprimée par un acte dramatique, comme un acte répétitif spécifique d'un individu donné en tant que mode d'expression d'une relation d'objet particulière réactivée par une situation actuelle.

L'acte est un symptome, en tant que compromis, qui empêche la verbalisation mais révèle tout en déguisant, ses origines, un conflit non maîtrisé.

On parlera <u>d'acte symptome psychotique</u> de par son incongruité avec l'existence habituelle du sujet, ou acte symptomatique névrotique répétitif s'il est en continuité avec les actes habituels du sujet, enfin acte symptome compulsionnel s'il est réalisé avec un sentiment de contrainte.

E) - Actes Elaborés

1°/ La relation entre les instances

Dans les actes élaborés, qui ont une certaine durée, il est possible de distinguer la part du <u>MOI</u> collabé au <u>çà</u>, dans l'acte comme décharge pulsionnelle étalée et la part du MOI liée à la réalité comme facteur d'identité et de rationnalisation et pouvant augmenter les résistances à la compréhension de l'acte ; enfin la part du MOI liée au Surmoi dans la <u>culpabilité</u>, où il se propose lui-même comme but autopunitif en surdétermination de l'acte auto-agressif.

2°/ <u>Le suicide : choix de la mort, nécessité ou peur de la mort</u>

Se suicider, c'est choisir la mort, choix mis à la place de la nécessité mais en même temps, un écran obscurcit la reconnaissance de la mort : la peur de la mort qui vient d'ailleurs ; la peur de la mort est un sous-produit de la culpabilité et un avatar de l'angoisse de castration.

3°/ <u>Fantasme régressif</u>

Pour que cette acceptation, ce choix de la mort se distingue d'un fantasme régressif de retour au <u>sein</u> maternel, il faudrait que le sujet ait traversé l'épreuve d'une vision scientifique du monde, et qu'il s'y maintienne.

4°/ <u>Engagement symbolique</u>

L'acte peut être un <u>engagement symbolique</u> dans une scène archaïque :

- scène primitive
- scène de séduction
- scène de castration

sans identification
ni mécanisme de clivage

5°/ <u>Transgression d'un interdit</u>, modèle des autres transgressions d'interdits plus impérieux et plus dangereux encore.

Il est parfois le seul moyen de conduire une transgression, acte de défi et viol d'un tabou primordial : relation incestueuse ou réaction archaïque de refus d'expulsion de la scène primitive.

VIII - TYPES D'ACTE

Dans tous les cas, l'Acte est ce moment, entre l'apaisement du besoin, et la satisfaction du désir : besoin éveillé soit par la réalité
soit par l'idéal du MOI ou les pulsions du çà

A) - L'Acte émerge lorsque le sujet ne peut plus diriger ses fantasmes, qu'il les subit passivement.

Nous retiendrons les types d'Actes suivants :

1°/ <u>Actes d'Existence</u>

qui ne peuvent se décrire qu'en fonction d'une légitimité comme choix éthique, évaluation de l'amour de la vie, processus de négativité et forme négative de l'extase.

Elaborés, différés ou urgents.

- Expériences du sujet comme réaction critique à ses propres motivations : avec un double sens intriqué ;
- régressif : désir du Nirvana
- progressif : rupture d'une dépendance

2°/ <u>Actes</u>

comme jeu et substitut ou participation agie à l'imaginaire sans que le sujet soit concerné par le danger que représente ce changement du plan de l'imaginaire au plan de la réalité.

3°/ <u>Acte</u> en court-circuit, vécu après coup chez un sujet qui rationnalise en fonction des résultats et des remous ; expérimentation qui créera un évènement susceptible de recevoir un sens après la provocation ex nihilo.

C'est le règne de l'impulsivité, du déséquilibre, et des troubles du comportement habituel, de l'intempestif, du saugrenu.

4°/ <u>Acte et symptome névrotique</u>

a) <u>Acte</u> comme engagement symbolique ou transgression

b) <u>Acte symptome</u>, élaboré où les instances interviennent de manière conflictuelle

c) <u>Acte</u> se substituant à un symptome névrotique ou faisant l'économie d'un symptome

d) <u>Acte</u> comme défense ou réaction à un symptome névrotique

5°/ Acte psychotique, immédiat, direct ; brutal ou médité par identification projective et clivage ; mémorisé ou scotomisé lorsque la confusion a destructuré la fonction de vigilance.

6°/ Acte mimétique dans une relation d'imitation, chez un sujet qui sans établir de relation positive ou négative, mime le geste ou le désir d'un autre : de çà à çà.

II)- Chaque type d'acte, en tant que "MOI Agissant" infiltré en partie par le çà" est à situer par rapport au :

1) MOI - Réalité

a) qui peut avoir disparu dans la confusion

b) qui peut être impliqué dans un délire

c) en train de se dissocier : schizophrénie

d) être spectateur passif, mais complice

e) qui rationnalise et propose des mobiles et des motifs secondaires

et à 2) l'idéal du MOI

dans la mesure où il propose des thèmes de culpabilité, de chatiment, d'expiation.

*

* *

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES

A - Tentative de suicide chez l'adolescent

B - Déséquilibre psychique

C - Névrose de caractère

D - Conduite alcoolique au premier plan

E - Tentative de suicide réactionnelle

F - Dépression névrotico-réactionnelle

G - Névrose hystérique décompensée

H - Processus psychotique :
- paranoïaque
- schizophrénique
- mélancolique

*
*   *

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous avons isolé 17 observations d'adolescents de 14 à 20 ans, 5 garçons et 12 filles dont la problématique générale est celle de l'adolescence.

Observation 1. Gilles

18 ans ; célibataire ; habite chez ses parents ; en terminale B dans un cours privé.

Milieu parental : Père directeur d'usine. Il voulait absolument un garçon pour lui succéder.
Mère travaille avec son mari.
Fratrie : 2 soeurs étudiantes, plus âgées qui vont se marier dans les prochains mois.

Ambiance familiale : Il a été élevé comme un enfant unique. Souvent seul, un peu livré à lui-même, les parents étant occupés. Sa scolarité est émaillée de nombreux changements : tantôt pour des raisons de santé, tantôt pour un échec, ou une incartade avec un professeur.
Dans son comportement quotidien, c'est un garçon très fragile, qui remet facilement tout en question. La moindre remarque le dévalorise complètement et à la moindre difficulté, il s'effondre, par amplification péjorative. Il craint pour l'avenir et lorsqu'il s'intéresse à l'affaire de son père, c'est pour ne pas voir le risque de faillite.

Il a l'impression d'être à la charge de tout le monde, à la charge financière de ses parents. Il est décrit par l'entourage comme très dévoué et toujours révolté contre les injustices du monde. Il sacrifie facilement son argent lorsque l'on fait appel à sa générosité.

Circonstances : Cette année scolaire représente un nouvel effort d'adaptation et depuis quelque temps il est affligé d'un acné infecté inesthétique. Mais il n'y a pas de conflit aigu réel.

Passage à l'acte : Depuis plusieurs semaines, il cherche le moyen qui lui permettrait de devenir autonome. Il pense quitter sa famille pour se mettre au travail comme manoeuvre. Mais c'est dans l'organisation de son suicide qu'il va placer toute son énergie. Il prépare dans le détail le scénario, la mise en scène, qu'il suivra, le moment venu, à la lettre.

En choisissant le jour où l'on ne s'inquièterait pas de son absence. Les jours qui précèdent, il fait ses adieux à ses amis (il a distribué ainsi sa collection de timbres). La veille, il embrasse tous les membres de sa famille et le jour même "met des vêtements neufs, après une toilette minutieuse", "pour que ses parents n'aient pas à faire le travail après sa mort..."

Il écrit une lettre à ses soeurs et à ses parents et c'est cela qu'il va "vivre" pendant l'exécution de la tentative.

> "- Mes chers, Mes très chers parents,...Ne me regrettez pas, je ne le mérite pas oubliez-moi. 6 Pourquoi avoir fait cela ? c'est ridicule je le sais. Je ne puis plus tenir ; mais vous ne comprendriez pas. Je vous aime beaucoup, vous faites beaucoup pour moi. Je pars heureux. Je crois en Dieu, il fera de moi ce qu'il voudra. Peut-être me renverra-t-il dans une famille plus pauvre pour me dresser et me faire payer. Il vous aidera. Nous ne sommes que de petites fourmis qui sont soumises à lui. Je suis prêt pour mon voyage. Ne faites

pas ma toilette, elle est faite, ne m'habillez pas. Ne rangez rien, tout est rangé.
Pour mon enterrement, je voudrais que tous mes amis viennent, je leur dirai comme à vous "au revoir". Je voudrais qu'à l'église on chante "ce n'est qu'un au revoir, mes frères". Je vous fais part de mes volontés de la plus courte façon.
Séparez-vous de tout ce qui m'a appartenu. Je ne veux pas que vous gardiez quelque chose de moi. Enterrez-moi où vous voudrez, cela ne me fait rien, je préfère vous laisser le choix.
Pour les autres ma mort ne sera qu'un accident malheureux : je suis tombé dans la salle de bains, et en tombant je me suis assomé contre la baignoire et ouvert les poignets contre une glace qui s'est cassée sous le choc...
Ne me regrettez pas, je pars heureux, je suis un lâche, même un salaud de vous faire cela, mais il vaut mieux qu'il en soit ainsi."

"Le seul reproche que vous pourrez faire à mes amis, est de m'avoir prolongé, sans eux tout serait fini il y a longtemps déjà."

(Il leur révèle du même coup une première tentative de suicide au gaz à l'âge de 14 ans qui avait été cachée aux parents par les soeurs aînées).

"Une dernière colonté : je veux que l'on ne soit pas malheureux : arrêtez le travail et voyagez beaucoup. Ce n'est pas un désir mais une volonté. J'exige qu'à mon enterrement, il n'y ait pas de poignée de mains après la cérémonie.

Maintenant je vous quitte. Je n'ai rien voulu vous dire, maintenant je le peux. J'ai mal employé mon intelligence. Je vous dis au revoir, je vous verrai peut-être selon la volonté de Dieu. Je ne veux pas de deuil.
Ne me pleurez pas, je ne le mérite pas."

En post-scriptum, il ajoutera une "dernière volonté" : acheter une ferme dans les environs de Grenoble pour ses amis qu'il énumère.

L'exécution de la tentative a suivi le plan prémédité jusqu'au point où ne parvenant pas à se blesser suffisamment le poignet, il avale le contenu d'une boîte de neuroleptiques, mais pris de panique, il prévient son père qui le fait hospitaliser.

Les entretiens avec l'adolescent révèlent que contrairement à ce qu'il exprime dans des espoirs d'autonomie, ce sont des désirs de régression que l'on trouve. Il a encore besoin d'une structure de type familial pour se sécuriser. Mais là comme ailleurs, il éprouve des difficultés de communication.

Sur le plan projectif, les manifestations d'agressivité sont censurées mais apparaissent malgré tout sous forme de culpabilité et d'autopunitivité.

Il présente une certaine adhérence à la situation présente qui gêne la découverte de solutions à long terme. Il existe chez lui à la fois une surestimation de l'importance d'autrui et une dépendance à son égard,

Le suicide devient un désir de renaître avec croyance en une résurrection et une réincarnation. Le sentiment qu'il faut être mort pour être aimé et pouvoir alors "dicter" sa volonté : exaltation de la puissance de la mort. Fuite devant le réel. Appel à un secours providentiel au dernier moment.

Le sujet vit dans une fiction imaginaire, jeu de fantasmes où l'on distribue tous les rôles, les manipulant avec une volonté de puissance sans limite. Il va passer sans transition de la fiction à la réalité dans une confusion que seule vient rompre ma peur d'un danger réel.

De toute façon, on continuait à vivre dans l'au-delà, un jeu avec les figures culturelles de la mort-funérailles

Il s'agit donc bien d'un comportement prémonitoire, élaboré comme une représentation non vécue : nous sommes loin de la "borne infranchissable" et du "cadavre énigmatique".

Observation 2. Jean-Marc

16 ans : lycéen en 3ème Moderne : T.S. au Rimifon : coma = 0

On ne trouve aucun antécédent significatif chez cet adolescent. Le milieu familial est bien structuré : un père attentif, présent et une mère assez ferme sans être autoritaire. Il est l'aîné d'une fratrie de 3 enfants. A noter un virage cuti récent avec prise de Rimifon.

Situation conflictuelle : C'est dans les relations de camaraderie scolaire qu'il éprouve de sérieuses difficultés d'adaptation. En effet, il se présente avec un habitus très efféminé : la voix est douce, feutrée, avec des modulations maniérées, des jeux de paupières, des gestes un peu précieux, mesurés, arrondis. Cette apparence ambiguë n'a pas échappé à l'entourage scolaire et depuis quelques mois il supporte tant bien que mal une étiquette de "bonne femme". En fait, il le reconnaît et l'accepte passivement.

Les entretiens ultérieurs et les examens projectifs confirment la structure homosexuelle, homosexualité latente d'ailleurs, qui reste dans un registre d'intentionnalité affective.

Passage à l'acte : Il survient au décours d'une "rupture" avec un camarade dont il ressent l'abandon comme une trahison. Il se sent à l'écart, en marge, avec une brusque irruption dépressive, nourrie de sentiments d'inutilité, de dévalorisation, d'échec et d'idées suicidaires, sans méditation, un nouvel échec dans sa famille cette fois-ci le jour même de la T.S. : sa mère refuse de financer des vacances à Paris.

Au coucher, le soir, il prend tous les comprimés de Rimifon qui restent à sa disposition "pour mourir". Le geste est réalisé dans un halo confusionnel.

Evolution : Les sentiments dépressifs persistent à bas bruit pendant l'hospitalisation. La personnalité est d'une fragilité extrême avec une sensibilité émotionnelle à fleur de peau qui le désorganise rapidement, mais sans qu'il existe d'éléments dissociatifs. Une inhibition massive de toute tendance hétéro-agressive.

Commentaire : Décompensation névrotique liée à une panique homosexuelle dans une quête d'identité.

L'évolution de la personnalité de cet adolescent le conduit actuellement dans une impasse : impasse dans la réalité, car l'inhibition ne permet pas la satisfaction des désirs, et chaos interne par confusion des images qui ne s'organisent pas dans une identité.

L'enchainement des différentes identifications :
- "être comme" le modèle féminin
- "pour s'attacher" l'image masculine

le conduit à un choix d'objet interdit.

La tension liée au refus et à l'échec réactivent simultanément les imagos : entre la "folie" de la confusion, de la perte d'identité et l'objet désiré mais interdit et dangereux, il peut encore choisir la non existence et le refus du corps. En effet le moyen de lutte essentiel du moi pour sa conservation c'est l'agressivité. Son personnage lui ferme la voie de l'extériorisation et la dépression lui offre un but autopunitif. Un refus de la mère suffit pour déclencher la gachette déjà armée.

Observation 3. Jean-François

15 ans ; lycéen en seconde ; habite chez ses parents.

Milieu familial : Père : capitaine de gendarmerie. Ferme, mais non rigide, dans l'ensemble compréhensif.
Mère : méticuleuse, très exigeante sur l'ordre, la propreté. Un peu harcelante et criant beaucoup. Assez froide, elle n'extériorise pas ses sentiments et n'admet pas les signes extérieurs de tendresse.
Fratrie : 3ème d'une fratrie de 5 enfants (19 ; 17 ; 13 ; 10 ans)

Antécédents : Aucun fait pathologique notable. Sa scolarité fut régulière, après une période de réadaptation lors du retour de la famille en France. En effet, ils ont vécu longtemps à Abidjan. Il avait établi de solides amitiés tant masculines que féminines, avec des expériences hétérosexuelles apparemment bien assumées. Il reste en relation épistolaire avec une jeune fille à qui il est très attaché.

Circonstances et situation conflictuelle :

- En juin 1971, il inquiète son entourage par ses commentaires désabusés, un parti pris de dévalorisation de soi-même, une appréhension systématiquement pessimiste des évènements. Ses camarades à qui il confie des velleités suicidaires alertent l'assistante sociale du lycée. Cette dernière en fait part aux parents qui sont surpris.

- La mère est choquée par une remarque de l'assistante sociale, qui la met en cause et du coup elle refuse de garder son fils pendant les vacances, qu'il va passer en compagnie de son père dans de bonnes conditions. Pendant cette période c'est la mère qui va présenter une décompensation et faire une tentative de suicide. Cette tentative n'est pas connue par le garçon.

- Après la rentrée scolaire, on assiste à une nouvelle évolution dépressive. Il se sent isolé, et malgré son désir est incapable de communiquer avec ses parents. C'est surtout à l'égard de sa mère qu'il porte ses griefs, lui reprochant de ne pas l'aimer.

Passage à l'acte : Pendant les vacances de Noël, sa mère tombe malade. Il fait un séjour à Autrans avec son frère et sa soeur. Il participe aux activités sportives de son groupe et on ne signale aucun comportement d'isolement.

C'est au retour dans la famille que l'on remarque son mutisme, son opposition froide mais silencieuse qui est interprétée comme une hostilité par les autres membres de la famille : n'y pouvant plus, le père devant "cette tête épouvantable" explose et secoue son fils pour qu'il lui dise ce qui se passe, mais sans succès.

En fait, au retour, il attendait une lettre de son amie d'Abidjan qui devait lui annoncer une visite prochaine, en vain. Après cet accrochage, il continue de manger puis quitte la table pour une promenade banale. A 16 heures, il avale le contenu de deux tubes d'aspirine, et poursuit des activités diverses dans l'appartement. C'est devant sa lividité et les plaintes concernant des bourdonnements d'oreille que le père s'aperçoit de l'incident sur son invigoration violente, il avoue et se laisse hospitaliser.

Evolution : Après quelques réticences, on peut obtenir un certain échange avec le sujet mais il reste dépressif, saturé de sentiments d'impuissance et de dévalorisation. Traitement thymoanaleptique.

Mais l'hospitalisation permet entre le fils et les parents une reprise de dialogue auquel ils n'étaient plus habitués.

Il sortira avec un traitement d'entretien et des consultations de post-cure à titre de soutien et de contrôle thérapeutique.

Profil psychologique (D10 ; AT 9 ; Rosenzweig) : Les tests projectifs retrouvent l'aspect global dépressif, mais sans anxiété qui se manifeste surtout dans la relation à autrui.

Les difficultés relationnelles tiennent en partie à l'émergence des pulsions sexuelles et à une actualisation des problèmes oedipiens avec son cortège de culpabilité et d'ambivalence à l'égard de la mère et de crainte du père.

Actuellement, il est dans l'impasse ce qui entraîne un accroissement des besoins affectifs, avec conflit entre les tendances régressives et progressives et de ce fait persévération affective avec une certaine fixation des affects. Dans les situations de contrainte, il ne peut pas se défendre et n'exprime pas son agressivité ; avec un comportement de passivité et une sensibilité particulière à l'obstacle.

La personnalité sous l'effet des difficultés actuelles se structure mal, avec des défenses fragiles consistant surtout en mise à distance, évitement et régression. L'affirmation virile est hésitante et reste imprégnée de désir régressif à un stade prégénital, rendant difficile l'affrontement de la réalité sociale.

Confrontation manquée avec le père, ce qui bloque l'évolution et l'entraîne au choix régressif vers la mère, qu'il ne retrouve que sous la forme de mauvais objet.

Crise juvénile dépressive, qu'une intervention intempestive du père va transformer, retourner en autodestructivité.

Observation 4. Patrick

15,6 ans : Après une 4ème pratique, se trouve dans un C.E.T. en mécanique.

Milieu parental : Père : Directeur de société (Docteur en Droit). Mère : sans profession. Les parents vivent séparés depuis un an. Le père vient d'annoncer à son fils que le divorce est conclu.

Fratrie : Une soeur de 21 ans.

Le garçon habite avec sa mère dans une villa. Il a une chambre personnelle.

Biographie - Antécédents :

- Expérience dans un groupe hippie cet été sur la côte.

- L'an dernier aurait utilisé plusieurs drogues (L S D et amphétamines) dans une bande pour "tuer" le temps par n'importe quel moyen".

- Il aurait fait plusieurs fugues et une première T.S. en juin 1971 après une "rupture sentimentale subie".

Circonstances actuelles : La séparation des parents a entraîné un déménagement dans une autre ville : du coup il a perdu "les camarades de la bande".

L'annonce du divorce définitif a encore aggravé l'hostilité qu'il éprouve à l'égard de son père : "Cet obsédé, ce salaud... et de plus il ne nous donne pas assez d'argent."

Passage à l'acte : Il reçoit des copains, l'après midi, ils boivent de l'alcool. Lorsqu'ils partent, il prend les comprimés (Valium, Mandrax, Tranxène) qu'utilise sa mère (suivie elle-même pour un état anxieux). Il est un peu éméché lorsqu'il avale les comprimés. Il rejoint sa mère et lui montre les boites vides.

"Quand j'ai pris mes pilules, je pensais à une fille avec qui je sors en ce moment et à Jimmy Hendrix qui est mort en se droguant."

"Tout ce qui arrive est la faute de mes parents, ils n'auraient pas dû divorcer. Mon père s'en fout et ma mère est malade des nerfs."

Représentation de la mort :

"Je pensais que je trouverais Jimmy Hendrix. Quand on est mort on voyage : ni le Paradis, ni l'Enfer."

Sentiments et intérêts religieux :

"Il y a un moment que je cherche et ne trouve pas. Je crois qu'il y a quelque chose de supérieur à nous mais ce n'est pas Dieu."
"Tous les mystères arriveront un jour à être expliqués."

Désir d'adaptation :

"Le monde m'effraie, il va trop vite.
Je ne me sens pas dans la course et je ne voudrais pas l'être.
J'aimerais vivre dans une bande à part : le progrès ne sert à rien."

Commentaire :

- Il existe une note de fabulation chez cet adolescent qui joue les "caïds" affranchis : succession d'aventures, dépucelage d'une fille de 13 ans, menace son père à coups de hache, utilisation de toutes les drogues possibles.

- Une désadaptation profonde avec des rationalisations fragiles et un désir las de se mettre hors du coup.

L'Acte : Identification régressive, aux sentiments de haine éprouvée à l'égard des imagos parentales confondues dans une même projection d'abandon.

Observation 5. Thierry

16 ans : élève dans un lycée technique : interne.

Milieu familial : Père : chauffeur de camion. Mère : lingère.

Fratrie : un frère atteint de la maladie de LOBSTEIN : nombreuses fractures spontanées, pour lequel les parents ont interdit tous jeux dangereux entre les frères. Toute envie d'agressivité était férocement réprimée, par un père par ailleurs violent et peut-être éthylique.

une soeur de 15 ans

Scolarité : Les résultats sont bons. Ce sont les difficultés relationnelles qui attirent l'attention : il n'a pratiquement aucun échange avec ses camarades. L'internat lui pèse.

Situation conflictuelle : Depuis le début de l'année, il a l'impression de susciter l'animosité de l'un de ses professeurs

"Il m'en veut, je ne sais pas pourquoi."

Une remarque désobligeante de sa part met en route le processus suicidaire :

"On le traite de fils de soulard."

Il commence à penser au suicide et à aucune autre démarche, décidé à le faire au cas où cela se reproduirait.

Passage à l'acte : La semaine suivante, une nouvelle algarade ne lui laisse pas d'alternative :

"J'en avais assez. J'étais découragé. J'avais envie de mourir."

Mais aussi : "Ma mort, cela l'embêtera."

En avalant les comprimés, (pris à dessein dans ce but éventuel) dans son lit d'internat, il pense et imagine ses parents, son frère et sa soeur autour du lit de mort et pleurant.

Evolution :Il critique son geste, mais ne peut s'empêcher de penser que les gens lui en veulent.

C'est en effet la dévalorisation de soi-même, l'énorme inhibition de toute agressivité et un rejet absolu de la violence physique même en "légitime défense" qui caractérise sa personnalité "sensitive".

Il faut être mort pour être aimé.

Observation 6. Patricia

16 ans : lycéenne

Milieu familial : Mère : 34 ans, sans profession. Dont l'attitude éducative est sous le mode négatif : "Ne fais pas ceci ou cela."

Père : 37 ans. Ingénieur thermicien. Il exploite pour son compte un système qu'il a mis au point.

Fratrie : Aînée d'une fratrie de 4 enfants ; une soeur de 8 ans et deux frères de 10 et 14 ans.

L'ambiance familiale est sous le signe de la dissociation :

- Le père a quitté il y a six mois le domicile conjugal pour vivre en concubinage avec une femme de 24 ans, dont il a une fille.

- La mère refuse le divorce. Chaque rencontre avec son mari provoque des scènes à expression dramatique où elle s'effondre dans un "coma vigile" spectaculaire d'allure hystérique dont nous aurons un exemple dans le service.

- Pour fuir les sentiments d'humiliation et les remarques de l'entourage, elle quitte la ville du midi où ils habitaient jusqu'à la séparation espérant rompre avec le marasme et l'échec pour se rapprocher d'une soeur à Grenoble comptant un peu sur elle pour les aider.

Les relations mère-fille sont tendues également.

Elle reproche à sa mère d'être responsable du départde son père, de ne pas savoir le reprendre.

"Si j'étais à sa place, je ferais autrement ; je serais tendre, affectueuse, je l'encouragerais dans son travail au lieu de le harceler sans arrêt."

Elle lui reproche également le déménagement, de l'avoir obligée à quitter sa ville natale et ses "seuls amis."

Par ailleurs :
Elle connait des difficultés scolaires et se sent isolée dans sa classe.

Causes déclenchantes et circonstancielles : La veille de la T.S. une violente dispute l'oppose à son frère. Elle s'enferme dans sa chambre, refusant de préparer le repas dont elle a la charge depuis que sa mère travaille.
- A son retour, sa mère la prend à parti :

"Elle m'a insultée et traitée de saloperie."

La tante de passage renchérit encore sur son "mauvais caractère."
- Le soir elle ne mange pas et commence à penser avec précision au suicide (Depuis 15 jours, les idées suicidaires comme solution éventuelle, ont fait leur apparition).
- Elle hésite encore entre une fugue pour rejoindre son père et le suicide comme désir de mourir : mais sa mort fera la synthèse. Dans sa représentation de la mort, "elle se voit, comme si elle dormait sur un lit et son père penché "sur elle".
- Elle va voir sa mère et lui laisse filtrer ses intentions en lui proposant de l'aider dans ses comptes du jour, ajoutant :

"Ce sont peut-être les derniers que je te ferais."
"J'ai fait la vaisselle, pour terminer par une bonne action."

- Elle s'endort tard dans la nuit, mais la décision est prise pour le lendemain matin selon un scénario qu'elle a mis au point et pense au texte d'une lettre à son père (où je lui dirais : "qu'il était la seule personne qui pouvait me comprendre") et à sa mère (pour lui dire : "Tu as raison, je suis une saloperie, je ne sais pas pourquoi je suis sur terre. Ce n'est pas la peine de pleurer, cela n'en vaut pas la peine.")

Le scénario était le suivant :

- Faire semblant de partir à l'école, puis revenir à la maison après le départ de sa mère.
- Téléphoner au passage à un ami pour lui annoncer son intention de se suicider.

Passage à l'acte : En fait c'est avant son départ qu'elle avale les comprimés (les tranquilisants qu'utilise sa mère) pensant pouvoir revenir à la maison entre temps. La démarche d'ingestion est calme, sans fébrilité, ni appréhension "comme si j'allais à l'école."
- Elle pense à sa mère, en se demandant si elle aussi n'va pas se suicider :

"Elle le dit souvent, moi je ne le dis pas, j'agis"

- C'est dans la rue qu'elle perd connaissance.

Evolution :
Au réveil pas d'état dépressif et très rapidement le contact est bon et le comportement stable. Son geste lui a permis de revoir son père ; de plus elle partira en vacances chez lui.

Attitude critique sur son suicide.
- Avant de prendre la décision, elle pensait que le suicide était une lâcheté.
- Après le geste consommé, "c'est un dernier moyen", licite.
- Pas de croyance religieuse : "après la mort, il n'y a rien."

Ce qu'elle attend dans l'avenir proche : c'est un changement de l'attitude de sa mère :

"Mon suicide a dû la changer, elle me comprendra mieux, elle devinera mes réactions."

Observation 7. Nicole

17 ans ; lycéenne, pensionnaire, en première : T.S. à l'arsenic ; 2ème T.S.

Milieu familial : Père : Il a déjà été soigné pour des troubles psychiatriques se rattachant probablement à un éthylisme chronique avec plusieurs épisodes dépressifs dont un avec tentative de suicide.

Mère : Sans profession

Fratrie : un frère de 18 ans : "Travaille comme électromécanicien depuis un an." Elle le décrit comme très"opposant" autant à l'égard du père que de la mère.

Milieu ouvrier.

Ambiance familiale :

- Elle a accepté l'idée de l'internat surtout pour s'échapper du milieu familial où les conflits parentaux sont particulièrement intenses.
- Autant qu'elle se souvienne de son enfance, c'est une cascade de scènes entre son père et sa mère, sous le signe de la violence physique. Son père brutalisait sa mère. Plusieurs fois, la mère a quitté le domicile conjugal avec ses enfants. La jeune fille prenant le parti de sa mère et étant intervenue à plusieurs reprises pour défendre sa mère.

Antécédents : - Pas de symptomes organiques
- Il y a deux ans, une première tentative.

Scolarité : Elle est très efficace dans son travail, les résultats sont corrects. Il n'existe pas d'inhibition scolaire. Les devoirs sont à jour. Survalorisation scolaire.

Comportement habituel : On note une importante tendance à l'isolement. Se mêle peu aux autres. N'attend rien de la relation à autrui.

"Personne ne peut aider personne."

Une expérience sentimentale il y a deux ans s'est interrompue devant le refus du père.

Circonstances : Depuis plusieurs mois, vit en permanence avec l'idée d'un suicide éventuel : dont l'acuité s'intensifie dans les périodes dépressives où elle ressasse des sentiments d'inutilité, d'abandon, de rejet.

"J'avais souvent envie de mourir."
"pour ne plus penser, plus souffrir, dormir et ne rien sentir."

Avec ces représentations de mort, coexistent des perspectives de "renaissance" sans que l'on retrouve une croyance religieuse bien établie.

Ce sont les manipulations de travaux pratiques de chimie qui lui donnent l'idée de "l'empoisonnement". L'image des produits dangereux sous tend celui du "poison violent" à effets instantanés.

Elle va utiliser les informations du professeur pour obtenir un résultat à coup sur en calculant la quantité nécessaire compte tenu de son poids.

Passage à l'acte : Elle prélèvera le produit lors des manipulations successives, organisant son geste dans "l'espoir" que l'on ne s'apercevrait de rien sinon de sa mort brutale inexpliquée.

Tout en continuant à travailler, et tout en révisant une leçon dans la classe, où elle s'est mise à l'écart, elle goutera une partie de la poudre, sans résultats apparents.

Puis en deux autres occasions ultérieures, ce qui ne l'empêche pas entre deux prises de participer à une soirée entre amies où elle va danser avec les autres.

> "Vous ne vouliez pas que je m'en fasse alors que j'allais mourir sans histoire."

C'est après la 3ème absorption que les symptomes apparaissent, les troubles digestifs et douleurs généralisées. Une camarade qui se trouvait à ses côtés et s'inquiète remarque le dernier paquet de poudre tombé incidemment du sac et paraît en deviner le contenu sans que pour autant la suicidante n'ait fait de confidences.
C'est cette amie qui va l'emmener chez le pharmacien, un médecin et en dernier ressort l'accompagner à l'hôpital.

Devant cette douleur, cette souffrance qu'elle n'avait pas prévue, elle prend peur et s'affole : elle se laissera faire.

Commentaire : Dans cette observation, nous ne trouvons aucune circonstance déclenchante. La démarche suicidaire est prolongée sur plusieurs jours, et le produit utilisé particulièrement dangereux (Arsenic).

Elle est très efficace sur le plan scolaire, intelligente. On ne met pas en évidence de structure névrotique et dans l'ensemble, elle est bien organisée dans le réel.

Nous sommes renvoyés aux Images parentales qui dans les projections sont floues, effacées, confondues. De plus les problèmes de l'adolescence ne sont pratiquement pas esquissées, engluées dans l'impasse oedipienne, et l'incapacité d'accepter un rôle féminin adéquat et où l'on peut deviner une panique homosexuelle.

Il faut faire intervenir le désinvestissement dépressif et la remémoration (association rapportée) agie de la scène querelleuse parentale (le père tentant d'étrangler sa mère sous ses yeux)par identification régressive.

Observation 8. Mireille

18 ans : célibataire : lycéenne en terminale A : T.S. à l'Immenoctal, coma = 0

Milieu parental : - Le père était maçon. Il est mort dans un accident de chasse. Mireille avait 9 ans.

- La mère est ouvrière
- Fratrie : elle a une soeur de 21 ans, étudiante en Sciences Economiques.

Relations familiales :
- A l'égard de sa mère, elle est très critique et revendicatrice. Elle parle de rupture culturelle, et de négligeance affective.
- Avec sa soeur, elle a essayé d'établir une véritable fusion, plus ou moins acceptée par sa soeur.

Antécédents : - On note il y a 4 ans un examen psychologique demandé par la mère, devant son comportement inhibé.

- Première tentative de suicide l'an dernier en début d'année scolaire, après une rupture :

"J'ai perdu la seule amie avec qui je pouvais parler" : peur de la solitude.

Elle s'attache énormément aux gens, et la moindre séparation est vécue comme un abandon et un rejet.

- Pendant l'année scolaire : elle fait une fugue en compagnie d'une camarade. Stop sur les routes.

- Cette année : nouveau changement d'établissement scolaire, où "elle ne connaît personne."

Situation actuelle : Sa mère refuse de la laisser partir, de quitter la maison pour aller vivre avec des camarades en groupe. Sans arrêt, Mireille revient à la charge pour demander son émancipation.

Elle parle de son suicide "au cas où cela ne s'arrangerait pas", autour d'elle.

"Mais on ne me croyait pas ; on me prenait à la rigolade."

..."J'espérais surtout une aide de ma soeur."

Passage à l'acte : Ce matin elle est encore dans son lit à 8 heures alors qu'elle a un cours à cette même heure.

"Ma mère est venue me voir, mais elle n'a rien fait devant mon refus de partir en classe."

"Je me sentais très lucide et sans penser à rien automatiquement, je me suis levée, comme un robot et j'ai avalé les comprimés. Je ne réfléchissais pas."

Sentiments religieux :

"Je ne sais plus où j'en suis."

Représentation de la mort :

"La fin d'une expérience et peut-être le début de quelque chose."

Autocritique et jugement sur le suicide :

- "Les gens devraient être libres de se suicider. Seule la personne est juge de ce qu'elle fait. Je pense surtout au suicide réfléchi mais le mien n'était pas un suicide réfléchi."

- En fait, elle revendique sa responsabilité comme droit à une fuite temporaire devant les difficultés.

Evolution : On retrouve une énorme demande affective et de manière concomitante un désir d'indépendance, d'évasion, de voyage.

Observation 9. Rita

16,10 ans : élève d'un C.E.T.

Milieu parental : Père : invalidité ; ancien manoeuvre
"Gentil, pas assez autoritaire."
Mère : sans profession "qui s'enorgueillit d'être une grande soeur" pour sa fille.

Fratrie : 5ème d'une fratrie de 7 enfants.
4 frères et 3 soeurs dont deux sont mariées.

Ambiance familiale : Dans l'ensemble une bonne entente semble régner dans le foyer.

Situation conflictuelle : En dehors du foyer parental, elle vit dans une bande d'adolescents où l'on s'exerce à la vie sentimentale. Elle apprend que son "flirt" actuel la "trompe". Connue pour sa gaîté habituelle en quelques heures elle est saisie "d'écoeurement" et de "lassitude". Elle a envie de mourir.

Passage à l'acte : C'est avec ces sentiments qu'elle rentre à la maison. Elle a toujours cette "envie de mourir" mais en même temps elle a peur. Elle poursuit sa démarche et va prendre les médicaments de sa mère :

"Je voulais faire cela sans mourir vraiment."

Fantasme régressif, mais peur de la mort.

Evolution : Pendant la durée de son séjour, elle oscillera entre la réticence, l'opposition désadaptée et toujours un manque de prestance sociale qui n'arrive pas à masquer l'anxiété sous-jacente.

Le bilan psychologique (D 10 ; AT 9 ; Rosenzweig) retient des difficultés de personnalité où domine la fragilité de l'image de soi :

(- interrogation sur sa valeur propre
(- désir et peur de s'affirmer en tant que femme
(- désir et peur de se montrer indépendante

- Des préoccupations sexuelles (problèmes de féminité et de couple)
- Images parentales peu sécurisantes (Mère frustrante ; père passif)
- Attitude égocentrique où la réalité subjective l'emporte refusant de se mettre en cause : chaque résistance facilitant la désorganisation d'un moi bien fragile.
- Plus d'ajustement de l'Idéal du MOI
  . d'où crispation dans son désir d'indépendance
  . refus de demander quoi que ce soit à autrui
  . certitude que l'autre ne peut rien donner
  . ne pas déchoir
- Défense : fuite, évitement, repli narcissique, rêveries régressives.

Observation 10. Geneviève

17,8 ans ; célibataire ; ouvrière ;T.S. au N-OBLIVON

Circonstances : - On ne retrouve pas d'éléments déclenchants en dehors d'une cadence de travail qui n'est plus supportée.

- La tentative est précédée d'une décompensation dépressive, avec une importante labilité émotionnelle qui se manifeste surtout dans les situations relationnelles.

Profil psychologique : La personnalité est très infantile, elle ne permet pas la maîtrise de l'angoisse qui naît dans la relation à autrui que gênent sa peur et la culpabilité des rapports homme-femme et les élans homosexuels. Elle doute de ses capacités et n'aime pas l'image d'elle-même.

MOI fragile avec des sentiments d'inutilité de l'effort et d'impuissance devant les obstacles, tout en se trouvant des excuses extérieures.

L'angoisse est vécue dans l'instant, sans mise à distance ni dans le temps, ni dans l'imaginaire, d'où repli sur soi et comportement catastrophique.

La panique émotionnelle déclenche la défense régressive de catastrophe.

Observation 11. Jany

18 ans : lycéenne habitant chez ses parents : terminale : célibataire sans enfant.

Situation familiale : Mère : 42 ans, sans profession
Père : 51 ans, directeur commercial
Fratrie : un frère de 22 ans, marié sans enfant : représentant chez son père
une soeur de 24 ans, célibataire, esthéticienne.

Ambiance familiale : Pas de conflits entre les parents. Pas de querelle :
- "Avec ma mère, on s'entend bien, mais sans approfondir."
- "Avec mon père, je m'accroche souvent : il est violent et coléreux, mais je lui ressemble par le caractère."

Relations dans la fratrie :
- Elle présente son frère comme étant très renfermé, parlant peu, timide, mais doux, ayant peu d'attache avec elle et toujours des relations superficielles.
- Ses rapports avec sa soeur furent toujours orageux : partageant la même chambre, elles se disputaient sans arrêt pour des vétilles.

Scolarité : Elle a de bons résultats scolaires et aimerait être enseignante dans une école technique. Ses maîtres l'ancouragent dans ce sens.

La situation conflictuelle : Elle fréquente depuis quelque temps un jeune garçon auquel elle est très attachée et avec qui elle aimerait se marier. Ils ont d'ailleurs vécu ensemble deux mois cet été (chastement par prudence, mais se disant irritée par cette abstinence). Sa mère, devant les risques de cette liaison, pousse sa fille à consulter un gynécologue pour une démarche anticonceptionnelle. La jeune fille supporte mal cette intervention de sa mère comme preuve d'un manque de confiance.

L'évènement circonstanciel : La veille de la tentative, le fiancé passe la nuit chez elle, chez ses parents. La future belle-famille réagit vivement et elle assiste à une scène entre son fiancé et le père de celui-ci. Elle s'est sentie profondément humiliée par la semonce du père qui traitait son fils en petit garçon. C'est au cours de cette scène qu'il se produit un déclic et qu'elle pense au suicide : et l'idée ne la quitte plus jusqu'à l'exécution.

..."J'en avais assez. Je ne réagissais plus. Je voulais tout oublier, oublier ces difficultés avec mes beaux-parents dont je ne tolère pas l'hostilité."

Passage à l'acte : Elle rentre chez elle, mange un peu, avec toujours la conviction du suicide. Elle avale d'un trait les comprimés de Mutanxion, en voyant trois issues possibles :

- devenir "folle" et signer son déséquilibre
- mourir
- ou en réchapper

Cette méditation n'interrompt pas le geste. Elle en affirme la décision consciente et en assumait les conséquences. Elle n'évoque ni son fiancé, ni ses parents, mais "s'avoue" quand même que cela pourrait arranger les choses. "Je l'espérais : que mes beaux-parents changent d'attitude et me manifestent moins d'hostilité."

Deux heures après l'ingestion, elle appelle sa mère.

"Je commençais à m'engourdir. J'avais peur, je ne sais pas de quoi." "J'ai pensé à mon fiancé, je n'avais plus envie de le quitter. Je me suis alors précipitée vers ma mère."

Croyance religieuse : Se dit "athée" mais il y a peut-être quelque chose. En fait, refus de toute religion "pratiquée."

Rationalisation sur la mort : - N'a pas connu de deuil en dehors de son grand-père
- "La mort ne me fait pas peur. Après tout est fini."
- Mais une "peur panique de la souffrance."

Elle défend le droit au suicide, comme règle de conduite dans la souffrance.
On retrouve également quelques jours avant la tentative un rêve pénible dans lequel elle assiste impuissante à la noyade d'une de ses amies que "quelqu'un pousse dans l'eau."

L'idée du suicide n'est pas récente chez elle : "J'y pense immédiatement dès que je rencontre une difficulté et comme je suis plutôt pessismiste..."

D'ailleurs la tentative actuelle n'est pas la première : à 14 ans, elle prend dans la pharmacie de l'école des médicaments après une menace d'interdiction de sortie. Le geste était passé inaperçu.

Chez cette jeune fille on retrouve quelques troubles du caractère, un noyau hystérique mêlé à des traits obsessionnels mais pas de névrose structurée : son geste elle le situe dans les sentiments de rejet de la part de la mère de son fiancé. "Elle n'a aucune sympathie pour moi et elle a l'impression que je lui vole son fils." "C'est à cause d'eux que j'ai fait cela."

Déclanché dans un vécu émotionnel de colère devant un refus, une mise en cause dans la personne de son fiancé, le geste deviendra exigeance et menace, agression consommée à l'égard des beaux-parents hostiles, et permettra le retour à l'oubli paisible, à l'écart de la souffrance en évitant et la "folie" de la confusion et l'échec de la réalité.

Observation 12. Anne-Marie

17 ans ; lycéenne (1ère A) ; coma = 3 (T.S. au Mandrax ; Mogadon)

Situation familiale : Fille unique. Mère commerçante. Père chauffeur.

Ambiance familiale : Dans la distribution de la famille, la mère forme un couple avec la fille éliminant le père.

Motivations conscientes : - Elle se plaint de difficultés intellectuelles et de résultats scolaires médiocres, ayant déjà entraîné le redoublement de son année. Elle exprime des troubles de concentration et d'attention, ainsi qu'une labilité de l'effort qui fait qu'elle s'échappe et rêve.

- Cette gêne actuelle rencontre des symptomes évoluant depuis plusieurs années, depuis l'âge de 14 ans, toujours émaillés de velleités et d'idées suicidaires.

- Parmi ces symptomes, on retient surtout une dysmorphobie manifeste concernant une pilosité disgracieuse, de l'acné, et en fait son corps tout entier, avec refus de toute identification féminine, un mépris pour toute attitude de séduction et une sexualité très culpabilisée.

Passage à l'acte : La volonté suicidaire est indiscutable. C'est un acte non impulsif, préparé et médité depuis longtemps. C'est au terme d'une reprise de scolarité d'un mois qu'elle établit son constat de faillite :

"Quand on n'a plus aucun but, il vaut mieux se supprimer."

Calmement, avec une certaine froideur affective, en l'absence de toutes pensées, mais avec le désir de mourir, elle avale dans la salle de bains, les médicaments, qu'un médecin consulté la veille avait prescrit pour soulager son insomnie.

Au réveil, en réanimation, son premier commentaire est le "regret de l'échec".

Evolution . Malgré une certaine inquiétude, il n'existe pas de note dissociative, le niveau intellectuel est bon (Q I = 120) mais on remarque des traits cyclothymiques, avec des moments d'exaltation thymique mais qui restent adaptés. Son problème essentiel reste l'autodévalorisation intellectuelle.

Commentaire : Malgré tout, la problématique générale est de type névrotique ; on retrouve de nombreuses projections anxieuses avec une incapacité à s'affranchir de la tutelle maternelle. Au test de Rosenzweig, elle est très sensible à la contrariété et se défend en niant l'obstacle de manière un peu magique.

Lorsqu'elle peut éviter l'obstacle, elle n'échappe pas à la culpabilité, elle prend en charge toute la responsabilité, tandis qu'elle s'englue dans les sentiments d'impuissance.

Au total, un système défensif utilisant surtout la négation, la fuite et l'évitement et lorsqu'elle ne peut échapper à la réalité elle réagit en catastrophe. Le geste vise surtout à détruire un corps qui ne lui apporte aucune satisfaction (et pas davantage le potentiel intellectuel qu'elle ressent comme figé). Le fond de la personnalité est dépressif avec une tendance à l'auto-accusation et l'auto-dépréciation.

Acte : Symptome de type régressif.
Rationalisation agie sans participation émotionnelle, sinon le dégoût de soi-même.

Observation 13. Irène

17 ans : lycéenne (seconde)

Situation familiale : Parents divorcés lorsqu'elle avait un mois. Son père s'est remarié et il a une autre fille. Sa mère est morte voici 3 ans. Irène a toujours habité chez ses grand-sparents qui sont commerçants.

Ambiance familiale et conflictuelle : Elle est en conflit d'intérêt avec les autres enfants de ses grands-parents. Les oncles et tantes ont l'impression d'être spolés d'une part d'héritage au profit de la jeune fille, qu'ils accusent d'abuser de sa situation de "protégée". Ils avaient également reproché à sa mère de vivre aux crochets des grands-parents après son divorce.

Evènement circonstanciel : Une querelle l'oppose une nouvelle fois à son oncle. Ce jour-là en revenant du lycée, elle trouve la maison de ses grands-parents envahie par les cousins, oncles et tantes. Le bruit ne lui permettant pas de travailler, elle s'en plaint. Un oncle lui reproche de vouloir éloigner les autres membres de la famille. Dans les propos qui s'échangent, on lui dit :

..."Que ma mère et moi, nous n'étions pas faites pour être heureuses comme s'il y avait un destin de malheur sur moi : et cela je le crois profondément."

..."Je crois que notre destin est tracé et quoi que je fasse, rien n'y changera."

Passage à l'acte : Après cet accrochage, elle s'enferme dans sa chambre :

"J'ai pensé à ma mère. Je me demandais ce que je faisais sur terre. Je n'apporte rien aux autres. Je ne sers à rien."

Pas d'agitation, ni de colère, mais un profond sentiment de lassitude.

"Je voulais rejoindre ma mère."

Elle avale les comprimés en pensant à sa mère :

"Ainsi en disparaissant, il n'y aurait plus d'histoire, je serais tranquille."

Après l'ingestion elle reprend ses devoirs dans une impression de détente et de soulagement et "en même temps je me disais que si cela ratait mieux valait ne pas prendre de retard à l'école."

Elle prend son repas du soir tout en ayant des nausées. Elle monte se coucher vomit dans la nuit, mais ce n'est que le matin qu'elle prévient sa grand-mère.

Auto-critique :

"Le suicide est permis pour ceux qui n'ont ni métier, ni charge de famille."

Mais elle regrette son geste, du fait surtout de l'inconfort qui a suivi. Se reproche sa rigidité de caractère et le culte morbide de sa mère.

Matériel onirique : Dans les jours qui ont précédé la T.S., elle a fait quelques rêves "pénibles" :

- images de cimetière
- disputes entre son père et sa mère (alors qu'elle n'a pas connu son père)
- "On l'obligeait" à vivre avec son père : (rêve très culpabilisé "car ma mère ne me le pardonnerait pas".)

Sentiments religieux : "Croit en l'existence de Dieu, mais non en la résurrection."

Comportement habituel : Sa vie est plutôt étriquée, elle ne sort pas et s'interdit toute fréquentation. Le travail scolaire est efficace.

Commentaires : - Elle assume la "rivalité fraternelle" de sa mère et s'identifie à sa mère morte.

- Désir conscient de rejoindre sa mère morte mais désir inconscient de retrouver son père.

- "Ilfaut être mort pour être aimé."

- Abandon passif à une puissance destructrice et soumission à un verdict "surnaturel".

L'acte :

L'enchainement des faits de la réalité, des conflits, des désirs conscients, de l'imagerie du rêve, permet de situer l'acte comme engagement symbolique dans le fantasme de la scène primitive, par "identification" pour s'attacher les figures parentales préoedipiennes unies dans un désordre destructeur. Rêve agi. Mais une partie du MOI seulement est engagée dans ce processus régressif l'autre partie restant intégrée dans la réalité poursuivant les gestes quotidiens.

Observation 14. Gilda.

20 ans ; lycéenne ; célibataire ; 1ère T.S. (Insidon) = 80 comprimés

Milieu familial : D'origine italienne, de condition très modeste.

"Les parents se sont sacrifiés" pour permettre à leur fille de poursuivre des études secondaires.

Fratrie : une soeur aînée de 25 ans, "sage" qui elle préfère rester à la maison.

Comportement habituel : On l'a toujours jugée capricieuse. "Elle faisait ce qu'elle voulait, les parents étaient obligés de céder."

- Parlant du suicide de sa fille : "Si c'est toute la récompense que l'on obtient d'elle."

- Elle garde à 20 ans des attitude franchement infantiles que l'on retrouve dans le service : suce son pouce et couche avec un ours en peluche.

Situation conflictuelle : - Depuis quelques mois elle se plaint de symptomes divers : céphalées, dysesthésies, désintérêt pour le travail scolaire. Elle se sent en retrait avec le sentiment de ne pas être aimée. Elle a peu de rapports avec les adolescents de son âge.

- Elle s'était éprise d'un camarade du voisinage, mais ses efforts de conquête sont restés vains : elle cultive des idées de dévalorisation et de mésestime.

Passage à l'acte : Ce soir-là, la jeune fille réclame à sa mère l'autorisation de sortir jusqu'à la nuit tardive, ce qui lui est refusé. Pour essayer de la convaincre, elle "cajole" sa mère, qui agacée la repousse.

"Alors brusquement, sur un coup de tête, j'ai voulu mourir."

A l'écart des autres membres de la famille, elle avale 80 comprimés dInsidon et se couche. C'est sa soeur qui réveillée par les vomissements de Gilda, s'alarme et devine le suicide.

Evolution : - Au réveil, tout est entré dans l'ordre : ses parents sont à son chevet, elle obtiendra de ses parents un voyage en Italie.

- Il faut noter toutefois que l'on découvre à la radio pulmonaire des signes évoquant la dilatation des bronches ce qui nous engage sur un bilan plus organique.

Profil psychologique (D 10 ; AT 9 ; Rosenzweig) : Il s'agit surtout d'une personnalité immature qui ne sort pas de l'enfance, continuant à satisfaire selon les mêmes schémas d'importants besoins affectifs. Dans la vie quotidienne, elle réagit alternativement par des conduites opposantes ou de passivité.

L'expression de l'agressivité est mal adaptée avec une note caractérielle mais avec un noyau d'autopunitivité et de culpabilité. Les moyens de défense se limitent au refus de voir l'obstacle, la négation de certaines privations, à l'attitude d'attente passive. Le MOI s'organise mal et la personnalité n'est pas structurée. On retrouve des problèmes de féminité et de sexualité.

Evolution dans le jeu sado-masochiste du couple mère-fille.

L'Acte :

Chez cette jeune fille, nous ne trouvons pas de position intermédiaire entre la soumission passive et l'opposition agressive. L'obstacle provoque des conduites de négativité qui ne débouchent jamais sur une dialectique progressive, mais sur une répétition infantile de chantage affectif. Il ne s'agit pas d'une tentative positive pour rompre les liens de dépendance, mais de "faire comme si" permettant de poursuivre le jeu des manipulations possessives.

L'accrochage avec la mère provoque une identification au "rejet" : le çà se collabe au MOI et l'entraîne dans la destructivité.

Observation 15. Christiane

16 ans ; lycéenne en seconde ; interne dans un lycée ; 2ème T.S. au Nubalgyl et alcool.

Milieu familial : Père : industriel dans la région parisienne. Mère : sans profession. Fratrie : 2 soeurs, un frère. Elle a quitté sa famille à Paris, devant l'attitude de son père, qui lui reproche de ne pas assez travailler. Elle rejoint sa soeur à Grenoble, qui est étudiante, mais elle-même est pensionnaire au lycée.

Antécédents : - La première tentative fut conduite après l'annonce de son échec au BEPC.

- L'entretien révèle de nombreux symptomes de la série phobique, avec en particulier une claustrophobie manifeste.

Circonstances et passage à l'acte : C'est pendant une absence imprévue de sa soeur, se trouvant seule dans l'appartement que devant l'anxiété grandissante elle boit un peu d'alcool. Mais bientôt elle ne peut plus supporter cette attente et c'est dans un état d'angoisse et de panique qu'elle absorbe le Nubalgyl.

Evolution : L'hospitalisation aggrave l'expression anxieuse.

Acte comme extrêmement phobique : tout est préférable plutôt que la rencontre phobique.

Observation 16. Béatrice

14 ans ; lycéenne (4ème)

Milieu familial : - Mère décédée à sa naissance. Elle a été élevée par une tante qu'elle décrit comme une maratre brutale et sadique jusqu'à l'âge de 5 ans.
- Son père remarié la reprend avec lui.
- L'entente paraît satisfaisante avec la belle-mère et son père dans une atmosphère surprotectrice.

Situation actuelle : - Une procédure intentée par la tante, nourrice de l'enfant, perturbe l'horizon familial et cristallise les rancunes : elle réclame un droit de visite, contre l'opinion de tous y compris bien sur de l'intéressée.
- Mais surtout cette année scolaire lui paraît compromise parce qu'elle n'a pas la sympathie de ses professeurs. Elle a l'impression de subir des brimades. Dès que l'on n'a pas pour elle des attentions explicites et privilégiées, elle se sent abandonnée et menacée.

C'est sur cette attitude d'indifférence de la part d'un professeur qu'elle ressent de nouveau cette émotion très proche de la panique. Rentrée chez elle, elle prendra le contenu d'un tube de Valium.

Evolution : C'est une petite fille très immature, qui a des accès de larmes explosifs, mais reste sensible à la présence banale.

Névrose d'abandon

L'acte apparaît dans la séquence :
- projection d'un fantasme persécutoire et vécu d'abandon. Autodévalorisation et
- actualisation du fantasme de la maratre sadique qui réveille les tensions archaïques comme celles de la faim urgente appelant la satisfaction sur le mode oral.

Observation 17. Marie-Noëlle

20 ans ; étudiante en Faculté de lettres (3ème année de licence) ; célibataire ; sans enfant. (Pas de problème universitaire)

Milieu familial : Père : 46 ans propriétaire d'une scierie. Mère : 38 ans.
Les parents sont largement dépassés par les difficultés de leur fille. Le décalage culturel ne permettant pas non plus des échanges réels.

Antécédents : - Généraux : . Elle est suivie par un endocrinologue pour une maladie surrénalienne et reçoit un traitement à base de corticoïde (Dectancyl)
. Elle est d'ailleurs très préoccupée par son apparence féminine : traits sexuels secondaires rudimentaires et pilosité disgracieuse : gêne qui prend l'allure d'un symptome dysmorphophobique et d'une appréhension concernant son devenir sexuel et maternel.

Situation conflictuelle : Très jeune fille sage jusqu'à ces derniers mois, elle engage une liaison depuis peu de temps. Le fiancé vit avec elle, ils ont des relations sexuelles. Elle est très accrochée à ce garçon, qui ne paraît pas avoir les mêmes convictions.

"Il me révèle à moi-même, il m'apprend à m'exprimer."

A la fois mentor et amant :

"Il veut faire de moi une femme libre et non plus une petite fille."

Cette vie de concubinage ne va pas sans incident : bouderie, départ brusque, retour intempestif chez ses parents. Depuis un mois, elle accuse une insomnie avec à la fois des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes répétés. Elle utilise du Reposal, prescrit par un médecin généraliste. On note également une importante asthénie matinale.

Passage à l'Acte : Suicide dans la nuit : la soirée avait commencé par une querelle. Son ami voulant sortir seul, elle boude et proteste. Il part en claquant la porte, puis revient mais couche seul, par terre. Dans les larmes, elle décide d'avaler les comprimés de Reposal. Quelques instants plus tard, elle est prise de panique, crie et alerte son ami qui la fait hospitaliser.
Dans le même temps on trouve un profond désir de mourir.

Evolution : Au décours de l'intoxication, les entretiens notent surtout le besoin de communication avec une véritable avidité de parole. Mais elle reste dépendante de son interlocuteur. Elle fait d'ailleurs une fugue dans le service en pleine nuit pour rejoindre son ami avec qui elle parlera toute la nuit :

"J'avais des choses importantes, capitales à lui dire."
"Je veux m'habituer à lui parler, sans avoir peur de le perdre."

Et c'est bien ce qui domine chez elle, cette incapacité d'établir une distance : elle est engluée dans sa relation à l'autre et lorsque l'inhibition est trop grande alors elle décroche en s'effondrant dans les larmes.

Sous traitement, elle se libère progressivement, mais toujours à la quête du contact verbal. On assiste à la fin du séjour à une petite bascule expansive.

L'Acte :

L'émergence des émois affectifs et sexuels réactivent les déséquilibres d'autrefois. L'inhibition et l'immaturité habituelle, avec blocage du travail fantasmatique, n'avait pas permis le jeu positif internalisé des désirs, des interdits, des compromis. On assiste alors à une espèce de rattrapage précipité et mal contrôlé, une boulimie de paroles.

Intelligente, mais en rupture culturelle avec sa famille, la parole n'a jamais pu être un vecteur d'échange. C'est ce vecteur qui s'effondre dans l'émotion banale de la bouderie, repli sur soi dans l'agressivité, qui ne peut se manifester que par l'exhibition suicidaire : où se mêlent à la fois le désir de Nirvana et la peur de la mort.

Résumé descriptif des différents actes suicides

Obs. 1 Gilles :

Fiction imaginaire, où la réalité est partiellement hors jeu, interrompu par la peur phobique de la mort.

Acte symptome à valeur expérimentale positive.

Obs. 2 Jean-Marc

Panique homosexuelle, dans un fond dépressif.

Perte du sentiment d'identité

Acte régressif qui n'épuise pas les symptomes antérieurs.

Obs. 3 Jean-François

Tentative régressive dans une problématique oedipienne figée.

Obs. 4 Patrick

Désadaptation et facilitation par l'alcool.

Identification régressive aux sentiments de haine éprouvés à l'égard des images parentales confondues dans une même projection d'abandon.

Obs. 5 Thierry

Acte symptome à valeur progressive et symbolique.

Affirmation du moi ; expérience de l'agressivité et fantasme de récupération affective dans une relation familiale où jouent l'attachement, la rivalité et l'ébauche d'un choix d'objet.

Obs. 6 Patricia

Acte symptome à valeur progressive : réunir dans un geste symbolique ses parents séparés.

Obs. 7 Nicole

Acte partiellement régressif. Une partie du moi reste dans la réalité, comme si de rien n'était. Une autre partie s'engage dans la régression objectale et libidinale.

Obs. 8 Mireille

Acte caractériel en court-circuit, verbalisé après coup.

Obs. 9 Rita

Acte régressif partiel jusqu'à l'évitement phobique

Obs. 10 Geneviève

La panique déclenche l'activité régressive de catastrophe.

Obs. 11 Jany

2 temps : 1) Identification mimétique ; régression de la libido avec désintrication pulsionnelle dans le sens de la destructivité pour l'affirmation du moi.

2) La peur de la Mort, folie, souffrance, déclenche la demande d'aide.

Obs. 12 Anne-Marie

Acte symptome de type régressif partiel : rationalisation agie dans un vécu de dégoût de soi-même.

Obs.13 Irène

Rêve agi. Engagement symbolique dans une scène primitive destructrice.

Obs. 14 Gilda

Acte caractériel répétitif

Obs. 15 Christiane

Acte : évitement phobique

Obs. 16 Béatrice

Acte dans la panique d'une reviviscence d'abandon

Obs. 17 Marie-Noëlle

Acte symptome, exhibition suicidaire, dramatisation agie.

*

* *

B - Tentative de suicide chez des sujets déséquilibrés, pervers ou mythomanes : 6 observations.

Observation 18. Marie-France

18,6 ans ; célibataire sans enfant ; aide-comptable ; 2ème T.S.

Milieu familial : Père : retraité, entrepreneur de maçonnerie. Il a des exigences de respect tyrannique, et une tendance à faire porter la responsabilité des échecs sur les autres, sa femme en particulier.

Une certaine complaisance à l'égard de cette fille

"On s'aime beaucoup."

Mère : sans profession

"Ma mère m'a toujours adorée."

Fratrie : Elle est la dernière d'une fratrie de 7 enfants : 4 soeurs et 2 frères de 41 ans à 25 ans.

Scolarité : Jusqu'à 17 ans, où elle passe le C.A.P. d'aide comptable.

Elle travaillera huit mois, mais se voit réduite au chomage par un licenciement collectif.

Antécédents : 1) Une première tentative après une rupture : elle fréquentait depuis six mois un ouvrier étranger d'origine nord-africaine : son premier amant. Ils avaient même décidé de se marier. Mais une intervention de sa famille fait éclater la liaison. Elle rompt la discussion qui l'oppose à ses parents en se sectionnant les veines du poignet

"Mais alors, je ne voulais pas réellement mourir : c'était un geste automatique, pas comme maintenant."

2) Tendance à l'automutilation

- se brûle avec des cigarettes (cicatrices ++)
- ou se griffe rageusement après une crise d'agitation

"J'éprouve le besoin de me faire souffrir, en me pinçant très fort, en me coupant. Il me semble que je dois me punir."

3) Fugue avec conduite délinquante

- vol à l'étalage
- au cours de la dernière fugue, avec son partenaire, ils ont cambriolé un appartement.

4) Conduites sexuelles précoces

- activités masturbatoires compulsives exhibées
- recherche de jeux sadiques et tentations homosexuelles ; voyeurisme.

5) Aurait aimé

pouvoir utiliser de la "drogue" ("mais la drogue c'est pour le rêve, moi je voulais me tuer.")

Situation actuelle : - Depuis quelques mois, nouvelles relations avec un garçon plus jeune, d'un an son cadet. Les parents du garçon interviennent rapidement pour provoquer une rupture. Le jeune couple décide alors de fuir.

- Ils voyagent en stop en Italie et en Suisse, étant bientôt obligés de vivre d'expédients (vol dans les magasins, hôtel que l'on ne paie pas), allant jusqu'au cambriolage.

- Sur l'initiative du garçon ("après un rêve où il voyait son père mort") ils décident de retourner à Grenoble : lui, il revient dans sa famille, elle reste à l'hôtel et essaie de voir une de ses soeurs pour obtenir de l'aide. Mais sa soeur la rejette : "Tu peux crever, saleté."

- Le lendemain, le jeune homme revient la voir pour lui annoncer qu'elle est recherchée par la police et sa décision de se séparer, mais sans rupture définitive : elle garde de cette humiliation le souvenir d'une émotion glacée.

- Elle se rend à la police pour révéler le cambriolage, "espérant être emprisonnée". Elle passera la nuit au commissariat, puis orientée vers un foyer d'accueil.

- En quittant l'hôtel de police, elle se sent épiée, surveillée ; elle a l'impression que les gens parlent d'elle, qu'on la juge et la suit, que tout le monde dit du mal d'elle.

Passage à l'acte : C'est en se retrouvant seule dans la salle d'attente du foyer qu'émerge l'idée du suicide. Elle occupe quelques heures une chambre dans cette institution : là elle s'effondre, pleure :

"J'avais l'impression que tout le malheur du monde était sur moi, qu'on s'acharnait contre moi."

"J'étais calme, sans colère et j'ai pris la décision de me tuer, de le faire."

Elle quitte l'institution et se rend chez un médecin pour obtenir des "somnifères" : à ce médecin elle ne se plaindra que de quelques difficultés de sommeil. Puis faisant exécuter l'ordonnance, elle retourne à l'hôtel.

Elle rédige une lettre à son ami ("qu'elle l'aime et pardonne à ses parents") puis avale en quatre reprises les comprimés. Elle se couche pour "pouvoir penser à son ami".

"Je me suis laissée aller complètement, je me sentais bien, soulagée, un calme extraordinaire. Si c'était à refaire, je le referais."

Elle est découverte par l'hôtelier.

Autocritique sur son suicide :

"C'est une délivrance. La vie m'a toujours dégoutée. J'ai toujours été déçue, je n'ai eu aucune satisfaction. On m'a toujours trahie."

"Je devais le faire." "Je voulais en finir, mettre un terme à mes souffrances morales."

Idées sur la mort :

"Je ne crois pas à l'âme. La mort c'est la fin."

Mais elle croit à la "magie" et que certaines personnes "dégagent une force géniale."

Evolution : "Comme j'ai payé en prenant un risque mortel et si mes parents y mettent du coeur, j'arriverais peut-être à oublier."

Déséquilibre psychique avec de nombreux traits psychopathiques et pervers.

Acte : Comme mode habituel de vivre la jouissance régressive de la douleur : véritable plaisir de la souffrance, masochisme physique et moral conscient, donc à structure perverse.

Observation 19. Noëlle

18 ans ; travaille comme préparatrice dans une pharmacie ; habite dans un foyer.

Antécédents : - Le comportement dans sa famille a toujours été marqué par les éclats, les caprices, la tyrannie, le chantage affectif, les menaces. Les parents et sa soeur aînée sont excédés et à la limite du rejet délibéré.

- Une première tentative de suicide se déroule en février 1971 suivie d'une hospitalisation en clinique où l'on soulève l'hypothèse de mutisme délirant.

Les circonstances de la tentative : Elles restent floues, obscures, imprécises ; elle aurait suivi une querelle entre deux "amis" qui se partagent ses faveurs.
Dans le service entre des réactions de bouderie intempestive et des grandes crises d'agitation, elle relate des évènements compliqués où se mêlent des agressions sexuelles, des aventures perverses (fantasmes ou réalité ?)

En cours d'hospitalisation, elle organise un simulacre de suicide qui nous oblige à un nouveau lavage gastrique qui révélera l'absence de tout toxique. Elle refuse les tests psychologiques, et finalement après avoir hésité sur le diagnostic, en discutant notamment un syndrome discordant, c'est vers la mythomanie et le déséquilibre psychique que nous nous arrêterons.

La genèse de l'acte ne pourra pas être précisée : la malade se perd dans les éléments fabulatoires : elle ne sait plus elle-même ce qui est vrai ou invention.

Observation 20. Michel

20 ans ; célibataire, sans enfant.

Milieu parental : Père magasinier - Mère concierge - Fratrie : 4 soeurs et un frère.

Biographie : Il n'a pas passé le C.E.P. : "Ce jour là, je suis allé au cinéma."
Cuisinier mais sans C.A.P. Nombreux emplois marqués par l'instabilité.
Délinquance : il est en liberté provisoire et doit passer en jugement dans les jours qui viennent (récidive)

Circonstances et Passage à l'acte : Il était employé depuis quelque dix jours dans un restaurant en montagne :

"Je m'ennuyais, je n'arrivais pas à dormir. Alors j'ai voulu dormir un bon coup, même au risque de mourir."

Il prend tranquillement le contenu d'une boite d'hypnotiques.

Evolution : Au réveil, pas d'état dépressif, mais sur un ton bonhomme réclame sa sortie pour retourner à Paris. Pas de culpabilité et pas de bénéfice secondaire évident.

Commentaire : Geste impulsif en dehors de tout conflit interpersonnel, sans méditation préalable et athématique : mépris de la vie et mépris de la mort, jeu de la mort comme on joue à vivre.

Acte sans affect, ni rationalisation secondaire.
Mode habituel d'esquive, chez un sujet qui ressent comme intolérable l'ennui banal.

Observation 21. T.

22 ans ; célibataire, sans enfant ; T.S. au Gardénal.

C'est dès la petite enfance que cette jeune fille va suivre une évolution chaotique marquée par l'impulsivité et la caractéropathie. On retrouve en effet un épisode qualifié "d'encéphalite" vers 10 mois, qui laisse comme séquelles un retard dans l'acquisition du langage et plus objectivement un cursum scolaire dans la filière "classe de perfectionnement". Jusqu'à l'âge de 13 ans, elle est placée pendant 3 ans dans une institution où elle réussit à passer le certificat d'études.

Pendant 3 ans, elle fréquente un collège d'enseignement ménager au bout desquels elle présente un concours d'auxiliaire puéricultrice. C'est bien sûr un échec, car son niveau intellectuel la situe dans les débilités légères. Mais cet échec va provoquer une cascade de refus, d'expérience impulsive, d'échecs répétés. Inconsciente de ses limites, impulsive et violente, elle va lasser ses parents, ses amis et les nombreux employeurs qui se proposeront de l'aider. Elle se lance dans des aventures sexuelles hasardeuses.

Evénement circonstanciel actuel : Depuis quelques mois elle s'était accrochée à un homme de 10 ans son aîné. Mais cet ami se lasse à son tour et à la suite d'une dispute avec lui avant d'être abandonnée, réalise dans la même dynamique impulsive le geste suicidaire.

Commentaire : Ainsi donc elle fuit devant l'échéance de l'abandon, espérant peut-être que les remous et le sillage du suicide éviteront cette nouvelle rupture : ce n'est pas un appel mais une exigence, une contrainte à l'égard de cet être dont elle aimerait dépendre affectivement.
(Névrose de caractère, personnalité psychopathique impulsive, débile légère)

Acte : immédiat, en court-circuit, qui utilise l'énergie pulsionnelle élastique et qui ne pourra jamais être intégré.

Observation 22. R

21 ans ; veuve avec deux enfants.

Circonstances : 1) - Elle nous apprend qu'elle a décidé de se suicider après l'annonce d'une notification de déchéance maternelle.

2) - Dans un premier temps, elle présente sa situation comme le résultat d'une démarche délibérée de son père pour la spolier et la dépouiller : elle serait victime d'une affaire montée par son père, qu'elle accuse au passage d'inceste. Elle nous apprend qu'elle vit comme esthéticienne avec un décorateur et qu'ils doivent se marier à la fin de l'année.

La véhémence de ses protestations et la sincérité apparente de la souffrance exprimée devant l'interdiction qui lui est signifiée de s'occuper de ses enfants, nous poussent à prendre contact avec les services sociaux.

3) - Il apparaît rapidement :

- le bien-fondé de la déchéance maternelle. En deux ans, elle a dilapidé 19 des 24 millions de l'assurance-vie reçue lors du décès de son mari.

- qu'elle vit en concubinage notoire avec un proxénète connu de Grenoble et que les expériences de prostitution sont régulières depuis l'âge de 14 ans.

Commentaire : Tentative de suicide réactionnelle chez une mythomane déséquilibrée où il prend la valeur d'un chantage vrai.

Pourtant l'acte avait sa source dans un sentiment et un vécu de honte authentique qui va se perdre dans la fabulation, le simulacre, la dissimulation.

Observation 23. Catherine

20 ans ; célibataire.

Milieu parental : - Les parents sont séparés : divorce lorsqu'elle avait 2 ans.
- Père :"Mon père venait à la maison uniquement pour tout casser. Il était bizarre et s'intéressait à la magie noire."
- Mère : Vit avec son frère. Elle présente une psychose hallucinatoire chronique, dont nous avons eu un échantillon dans le service (thème de persécution et influence par rayonnement). Elle a une"confiance" absolue en sa fille à qui elle pardonne tout : sa fille subit comme elle les mêmes persécutions (Nous profitons de son passage pour prescrire un traitement sous contrôle du fils).
- Fratrie : . 1 frère aîné (36) qui tient une salle de gymnastique C'est lui qui intervient en dernier ressort pour payer les dettes ou l'aider un peu financièrement.
. 1 autre frère de 25 ans ; marié.

Scolarité : Jusqu'à 14 ans ; elle réussit le C.E.P. Mais connaît des renvois réguliers du fait de son impertinence.

Antécédents : - Marqués de nombreuses fugues dont la première à 9 ans après une dispute avec son frère.

Fugue de l'école, de l'hôpital lors de son premier séjour et finalement fugue du service également.

- Duex tentatives de suicide.

Evénements traumatisants : Elle relate dans un halo d'imprécision un viol qu'elle aurait subi l'an dernier mais le récit a un style mythomane.

Comportement sexuel : Nombreuse expériences avec des rencontres occasionnelles, mais depuis quelques mois elle s'est attachée à "éduquer" un jeune garçon de 16 ans qui vit avec elle. Ce sont les parents du jeune garçon qui obligeant leur fils à rejoindre le domicile familial provoquent la nouvelle tentative.

Passage à l'Acte : Elle essaie à plusieurs reprises de rendre visite à son ami chez ses parents, mais la mère lui claque la porte au nez et refuse de la recevoir. Cet échec entraîne une grande crise d'agitation ; elle décide d'avaler les comprimés de tranquillisants (33 comprimés de Tredum) puis va se coucher devant la porte de son ami en hurlant et gémissant ; c'est finalement dans la rue qu'elle sera découverte dans un état confusionnel.
Avant l'intoxication elle rédige plusieurs lettres : pour sa mère, son frère, son ami et laisse aves ses adieux ses dernières "recommandations."

Evolution : Dans le service la présentation est franchement spectaculaire avec un étalage et une quête qui évoque l'hypomanie, l'exhibition et peut-être la nymphomanie.

T.S. itérative chez une mythomane déséquilibrée impulsive.

La sortie est dans le même style, puisqu'elle s'enfuiera par la fenêtre.

Acte : comme dramatisation agie, dans une incantation possessive archaïque.

Résumé Descriptif :

OBs. 18. Marie-France :

On rencontre chez elle toute la gamme des gestes psychopathiques : fugue - vie sexuelle précoce - délinquance - automutilations masochistes. Mais à l'occasion d'un obstacle, l'échec devient persécution et on assiste à un glissement du déséquilibre vers le niveau psychotique par le processus de l'identification projective.

Obs. 19. Noëlle :

L'acte se perd dans le flou mythomane.

Obs. 20. Michel :

Acte ni thématisé, ni rationalisé, réalisé sans affect, ni élaboration secondaire.

Obs. 21. T. :

Démarche immédiate, en court-circuit, équivalent clastique qui ne pourra pas être intégré.

Obs. 22. R. :

Démarche suspecte, chantage vrai dans le simulacre et la fabulation, mais accrochée à un sentiment de honte réel.

Obs. 23. Catherine :

Dramatisation agie dans une incantation possessive chez une mythomane.

*

* *

C - Névrose de caractère : 5 observations

Observation 24. Roger

26 ans ; marié sans enfant ; travaille dans une entreprise de peinture + conciergerie.

Milieu familial : Sa femme est suivie elle-même pour un état dépressif grave à rechutes (plusieurs hospitalisations) mais elle va bien actuellement.

Milieu parental : Il a rompu avec sa famille, semble-t-il à cause de sa femme qui n'est pas acceptée et dont on lui conseille de se séparer. Seul son père était compréhensif : il est mort l'an dernier.

Antécédents : - Lui-même, chaque année à la même période connaît des crises dépressives où il se désintéresse de son travail, sans autre désir qui l'amène souvent à quitter son employeur.

- Sur le plan du comportement on note des difficultés relationnelles habituelles : il vit la relation à autrui à travers une colère sourde, marquée par une thématique de revendication et de critique systématique. Il lui arrive de ne pas participer à une discussion par peur de perdre le contrôle et de frapper.

Situation conflictuelle rapportée par le malade :

> "Après une période de surmenage professionnel (nombreuses heures supplémentaires) il n'a pas reçu de son employeur (petit artisan) les gratifications espérées. Il n'a pas le courage de les réclamer à son patron, craignant lors de la discussion de perdre la maîtrise de "ses nerfs".
>
> "J'ai été écoeuré ; j'en avais marre ; travailler autant pour un si petit salaire."
>
> Il quitte son employeur et louant une voiture, il erre sur les routes du midi, roulant à vive allure et avec imprudence. La fugue se termine lorsqu'il n'a plus d'argent au point de téléphoner à sa femme pour lui demander de le dépanner."

Il "oublie" de nous dire qu'il était accompagné d'une femme de rencontre.

Passage à l'acte : C'est au retour après une discussion avec sa femme qu'il s'intoxique volontairement (Melleril ; valium ; mogadon)
Dans l'entretien avec sa femme, il n'a pas pu lui fournir d'explications.
C'est alors qu'il a commencé à penser au suicide :

> "-J'avais l'impression qu'elle voulait me quitter, que je faisais souffrir tout le monde. Je sentais mon ménage se briser. Je préférais en finir."
>
> "-J'ai avalé les comprimés, je me suis allongé sur le divan et j'ai attendu. Je n'avais qu'une idée en tête : en finir."

Conduite expiatoire d'annulation.

Représentation de la mort : "Une délivrance devant l'injustice, l'arbitraire, l'exploitation."

Commentaire : Acte élaboré, au décours d'une querelle humiliante pour lui.
Acte d'existence, chez un sujet qui contient mal habituellement ses pulsions ; névrose de caractère.

Observation 25. Maria

26 ans ; mariée ; 3 enfants. Ouvrière.

Milieu parental : - De nationalité portugaise, elle est France depuis 2 ans.
- Père : 57 ans, retraité
- Mère : 59 ans.
- Fratrie : (5 enfants ; elle est la seconde) dispersée au quatre coins du monde (Brésil, Portugal, Angola, France)

Antécédents : - Brûlure grave du thorax et de l'abdomen à l'âge de 3 ans
- en 1967 : intervention pour atrésie oesophagienne
- en 1971 : elle est opérée d'une tumeur bénigne du sein.
- Scolarité jusqu'à l'âge de 10,6 ans.
- Elle commence à travailler à 11 ans.

Situation conjugale : - Elle se marie à 16 ans, au Portugal
- Depuis que le couple vit en France, il connaît de sérieuses difficultés. Son mari dès qu'il a une heure de libre joue aux cartes avec des amis en dehors du foyer.
- Elle reproche à son mari de la laisser seule et très rapidement la querelle tourne à la violence physique. Habituellement, ces conflits se terminent par une crise d'agitation clastique où elle crie, arrache les rideaux, brise la vaisselle.

Passage à l'acte : Le jour de la tentative elle reprend son attaque à l'égard de son mari, l'accusant de ne rentrer à la maison que pour "manger et dormir". De plus ce jour il n'était pas venu manger le repas qu'elle avait préparé à son intention.

A l'acmé de la querelle, elle prend une boite de médicaments que lui arrache des mains son mari. La scène paraît s'apaiser et son mari va se coucher seul. Elle reste à la salle-à-manger : elle cherche une solution pour quitter la France et retourner au Portugal chez ses parents, elle médite quelque temps l'idée d'une séparation définitive, mais la présence de ses enfants la lie :

"Je préférais mourir tranquillement, ne rien sentir. Je voulais être tranquille et dormir le plus longtemps possible."

Elle prend une autre boite de comprimés et en avale le contenu.

Sentiments religieux : Se dit très croyante
"Mais n'a plus le courage de prier."
C'est la première fois qu'elle pense au suicide.

Evolution : Pendant son séjour elle réussit à obtenir la "soumission" de son mari, qui va lui "jurer" de ne plus sortir sans elle.

Commentaire : - Névrose de caractère avec une tendance aux crises clastiques spectaculaires
- Geste de (dépit / chantage / menace) après une gesticulation insuffisante mais épuisante.
Dernier effort de conquête, de possession.

Acte : comme "dramatisation agie"
et Acte symptome

Observation 26. Michèle

35 ans ; mariée, mère de deux enfants ; divorcée (demandé par la malade devant les habitudes éthyliques de son mari) ; vit maritalement avec un homme divorcé également et père de deux enfants.
T.S. au Tranxène

Milieu parental : - Père : très sévère ; catholique rigide, utilisant les punitions corporelles fréquentes (coups de ceinture)

"On ne sortait jamais seule, uniquement avec eux."

Mais : "J'adore mon père."

- Mère : dont elle retient surtout les gifles

"Mais on s'en foutait pas mal."

- Fratrie : 2ème d'une fratrie de huit dont 5 filles et 3 garçons

Une soeur est morte à l'âge de 20 ans de néphrite chronique.

Après son divorce elle a rompu avec sa famille qui s'oppose à son retour dans le village à cause de ce divorce.

"Ma famille me laisse seule ; elle me manque. Maintenant, c'est chacun pour soi."

Situation actuelle : Elle vit à Grenoble, ayant quitté son Jura natal depuis la séparation.

Elle est liée depuis un an avec un garçon qui lui-même accumule les échecs et les difficultés : divorcé lui-même, père de deux enfants, criblé de dettes, il se faisait en fait entretenir par la malade ; mais elle fondait de solides espoirs de remariage ayant présenté son ami à sa famille, malgré l'imbroglio familial.

Evénement conflictuel: Depuis quelques jours, son ami ne rentrait plus à la maison et sans donner d'explication, ou alors en coup de vent "pour changer de chemise." Depuis quelque temps, le couple n'avait plus de rapports. Elle est persuadée qu'il la trompe, mais elle reste très attachée à lui : "Je ne pense qu'à lui et je ne supporte pas les remarques de ma fille "Ce papa va partir comme l'autre"!"

Passage à l'acte : Dans la nuit, elle attend vainement son ami. Elle met la maison en ordre et trie ses papiers. Elle prépare une lettre pour la gardienne de son fils.

"Je n'étais pas en colère, j'avais pris déjà quelques comprimés en début de soirée."

"Je voulais mourir, avoir la tranquillité, ne plus penser, ni souffrir. Je ne voulais plus vivre comme avant dans la solitude, recommencer à vivre."

Elle avait annoncé sa décision : "S'il ne revient pas à telle heure, je me suicide."

La veille en présence de son ami, devant lui elle s'enferme dans la salle de bains pour tenter d'avaler les comprimés. Il l'en empêche. Ainsi à 3 heures du matin, elle avale le contenu de deux tubes de Tranxène. C'est son ami qui la découvre le matin.

Evolution dans le service : Pendant quelques jours, elle reste très impliquée ; puis devant le refus de son ami de poursuivre l'aventure passe brusquement à l'idée de récidive exprimée ouvertement pour exiger son retour, aux ruminations de vengeance qu'elle médite avec un luxe de détails et du même coup elle n'est plus suicidaire.

L'ami maintient sa décision de rupture.

Sentiments religieux : "Il n'y a rien après la mort."
Mais quelquefois des prières de supplications pour demander "le retour de son ami."

Idées de suicide : "Cela m'est arrivé une fois, du temps de mon premier mariage : lorsqu'il me frappait, je restais étendue sur le sol, je voulais mourir."

ON RETIENT : - des situations conflictuelles avec échecs et ruptures répétitives
- parentales
- premier mariage
- deuxième liaison

- un événement :
La crise d'une nouvelle rupture
avec la haine libérée, la jalousie, l'abandon, l'humiliation
la perte d'un confort et d'une nouvelle considération péniblement acquise.
- un caractère impulsif exigeant, avide parfois proche de la passion morbide
- la liquidation de l'attrait suicidaire par les sentiments de vengeance.
- enfin son "rôle de mère" n'a pas pu jouer dans le sens de l'inhibition :
"Ma mère s'en occupera."

Fonction et déterminisme :
- Suicide passionnel non culpabilisé
- de chantage
- de défense (dans l'émotion d'un abandon
(du désespoir d'une passion malheureuse
(de la souffrance à venir
- de punition (devant ce nouvel échec personnel
(aux yeux de sa famille et de sa fille
- d'agression : comme dernière lutte de possession, où elle entend se poser en victime et spéculer sur le remord du "coupable"
Autojustification
- d'autoagression : avec le désir de la tranquillité.

Le geste permet : - d'accabler l'ami d'un remord éternel, de le châtier ainsi et de le contraindre également
- de tuer la personne dont elle dépend
- d'échapper à la honte
- de se présenter en victime

Acte élaboré en plusieurs étapes et qui ne s'épuise pas dans la tentative : d'abord chantage au suicide, puis premier essai au vu du protagoniste ; l'inefficacité la pousse dans le piège de la tentative pour sauver la sincérité. Elle organise le suicide : lettres, rangement. Elle se "calme" par une première prise médicamenteuse, puis l'heure limite arrivée, c'est l'acte sans hésitation.

Observation 27.

41 ans ; mariée, sans enfant ; ouvrière.

Antécédents : Fissure anale il y a 6 ans.

Situation familiale : - Vit en perpétuel conflit avec son mari, avec un comportement explosif qui se manifeste par des cris et despleurs souvent provoqués par des vétilles, des contrariétés banales.

- En dehors de cette dramatisation des relations conjugales, le couple a également des difficultés financières. Ses parents vivent au foyer.

Etat actuel - Circonstances : Depuis plusieurs mois à ces troubles caractériels de type hystérique, s'est greffé un état dépressif, où émerge de temps en temps des idées suicidaires, mais sans réalisation. Elle est suivie par un psychiatre.

Passage à l'acte : Le jour de la tentative une querelle futile l'oppose à son mari. Ce dernier voulant faire cuire du poisson, elle s'y oppose car "elle n'en supporte pas l'odeur." Il passe outre.

Alors que de coutume, elle réagit par une scène clastique, elle ne dit rien. Mais en l'absence de son mari, elle prend tous les médicaments à sa disposition.

Evolution : L'état dépressif et les manifestations émotionnelles vont évoluer encore quelques jours dans le service et ce n'est que lorsqu'elle aura obtenu la soumission de son mari repentant qu'elle pourra quitter l'hôpital.

Commentaire : La dramatisation caractérielle habituelle n'étant plus efficace, ni crédible, on change de registre : l'acte devient autoagressif mais comme trans-agression et manipulation indirecte.

Acte symptome en substitution du symptome caractériel.

Observation 28. Henriette

24 ans ; mariée, un enfant ; employée de bureau ; 1ère T.S. (Seresta ; Tranxène, Neuleptil)

Situation familiale : - Elle est mariée depuis 4 ans. Elle a un enfant de 3 ans.
- Mais chacun vit de son côté
" Nous sommes comme des copains."

Elle a une liaison extra-conjugale et son mari est au courant.

Antécédents généraux : - Paralysie faciale à 7 ans
- Congestion pulmonaire à 14 ans
- Appendicectomie compliquée d'une péritonite secondaire par occlusion sur bride.

Milieu parental : Père : décédé lorsqu'elle avait 7 ans, dans un accident de moto.
Mère : vivante en bonne santé.
Fratrie : elle a un frère marié.

Situation conflictuelle : - D'abord tolérée par "accord tacite" par son mari, cette liaison empoisonne de plus en plus les relations précaires du couple.

- Dans le même temps, elle suit un régine amaigrissant féroce, qui a induit un état dépressif par ailleurs traité.

- Après une querelle avec sa femme, son mari intervient directement auprès de son rival, le menace pour l'obliger à interrompre leurs relations.

Passage à l'acte : Le matin de la tentative, elle se lève irritable. Elle se rend à son travail. Là elle essaie de téléphoner à son ami qui ne l'écoute pas. Elle rentre chez elle dans une crise émotionnelle. Au retour de son mari, dans un comportement spectaculaire, elle absorbe les comprimés.

Après coup, elle dira : "Mourir, peut-être le souhaitais-je. J'en avais marre, je ne voulais plus penser. Je savais bien qu'en prenant des cachets, je ne risquais pas grand chose."
"De toute façon, je ne suis pas plus avancée. Je me fais beaucoup de mal pour pas grand chose."

Sentiments religieux : Croyance religieuse ; mais a "décroché" depuis la naissance de son fils.

Représentation de la mort : "C'est la fin de tout, et on est tranquille."

Commentaire : Fuite temporaire.
Suicide chantage si l'on se réfère à la conduite suicidaire.
(Désir de commeil et de disparition)

Mais du point de vue de l'Acte, il s'agit d'un Acte direct dans un chaos émotionnel et le sillage d'une dépression préalable ;

Désintrication pulsionnelle au profit de l'agressivité et retournement sur elle-même.

Résumé Descriptif :

Obs. 24. Roger :

Après une querelle humiliante, acte élaboré d'annulation et de réparation.
Acte symptome autopunitif.

Obs. 25. Maria.

Dramatisation agie, manipulation du conjoint

Obs. 26. Michèle.

Devant les échecs répétitifs, suicide en plusieurs étapes : chantage, essai mineur puis suicide élaboré pour poursuivre la manipulation.
Acte symptome qui n'épuise pas la persévération des sentiments de dépit.

Obs. 27.

Acte en substitution du symptome caractériel clastique habituel.

Obs. 28. Henriette.

Acte direct, dans le chaos émotionnel de la querelle conjugale et de son échec propre. La rage du refus, l'angoisse de la rupture, la cure d'amaigrissement pour rien : elle fait eau de toute part, et pour rompre ce moment dramatique, il faut "mimer" la catastrophe.

*

* *

D - Conduite Alcoolique au premier plan : 5 observations.

Observation 29. Nicole

27 ans ; célibataire, sans enfant ; magasinière ;
1ère T.S. au Seresta.

Milieu familial : - Elle vit avec sa mère infirme (sclérose en plaques) et sa grand-mère (Néo du sein)
- Son père est mort lorsqu'elle avait 14 ans (commerçant)

Evénements traumatisants : - La mort de son père
- Déception sentimentale à l'âge de 17 ans;

Situation actuelle et circonstances de la T.S. : Depuis un mois, elle se sent irritée et fatiguée. Elle se trouve dans les préparatifs d'un mariage prochain. Elle aménage l'appartement conjugal. Il n'existe pas de conflit avec l'entourage familial ni avec la belle famille. Mais elle se sent épuisée et depuis quelque temps pour se doper a pris des habitudes éthyliques importantes.

Passage à l'acte : Elle se dispute avec son chef du personnel qui lui reproche une erreur sur une commande. Cette réprimande provoque sa colère : ne parle plus, serre les dents, claque les portes et quitte son travail après avoir essayé de se calmer par la prise de 3 comprimés de Seresta.

Elle rentre dans l'appartement en réparation, essaie de faire un peu de nettoyage, mange seule et c'est après le repas que dans une crise de larmes, elle prend le reste de comprimés pour ne plus rien sentir. C'est son fiancé qui la découvre passant là par hasard.

L'intention suicidaire n'est pas niée, mais elle ne "sait pas bien ce qu'elle désirait."

L'état de surmenage, aggravé par l'imprégnation éthylique est au premier plan.

L'Acte apparaît comme une tentative d'échapper à la perte de contrôle intérieur.

Observation 30. Yvonne

48 ans

Situation familiale : - veuve depuis un an
- elle a deux enfants : 2 garçons de 20 et 11 ans.
- pour assurer ses ressources, elle fait des ménages.

Antécédents : Conduite alcoolique chronique. Elle a subi il y a quelques mois une cure de désintoxication et prend régulièrement le Disulfurame.

Circonstances actuelles : Depuis quelques jours, tout en prenant le TTD matinal, elle a recommencé à boire du vin, le soir après son travail. La thymie est dépressive depuis la mort de son mari, et aggravée par la cure de dégoût.

Passage à l'acte : C'est dans un état d'ébriété, au décours de l'ivresse, qu'elle prend en pleine nuit le stock d'Equanil qu'elle avait à sa disposition.

Evolution : Le réveil est très lent. Elle reste obnubilée et ralentie plusieurs jours. Il existe une note de détérioration objective et la thymie reste dépressive, ce qui nous amène à reprendre un traitement thymoanaleptique. Elle nous demande de placer son fils de 11 ans.

Au cours des entretiens, la T.S. est niée.

La confusion ébrieuse, tout en déclenchant le processus autoagressif, n'a pas permis "l'enregistrement" du geste d'autolyse.

Observation 31. Madeleine.

38 ans;

Situation familiale : Mariée, mère de deux enfants 15 et 8 ans, elle vit séparée de son mari depuis plusieurs années. Elle travaille régulièrement assumant seule toutes les charges financières. Elle entretient quelques liaisons épisodiques.

Antécédents familiaux et personnels : - Père décédé d'une cirrhose éthylique
- Hystérectomie totale il y a deux ans.

Circonstances et situation conflictuelle : Depuis 15 ans, elle présente une conduite alcoolique régulière : avec une prédilection pour le rhum. Devant l'importance de l'imprégnation éthylique, la famille (la mère et un frère) parvient à la décider à se faire hospitaliser pour une cure de dégoût. La cure est réalisée normalement mais dès sa sortie, elle rechute massivement.

Elle était venue se réfugier chez sa mère et son frère, et ces derniers, devant cette inconstance, l'agressent et la menacent de la faire interner et de demander une mesure de déchéance maternelle.

Quelques heures après cette intervention brutale et moralisante rejetante (où le frère tient une place importante) elle décide de se suicider.

Sa mère la découvrira le lendemain matin.

Evolution : Elle restera obnubilée pendant plusieurs jours. Le discours est empaté, elle reste confinée au lit, adynamique, passive.

Outre le traitement général, on prescrit une médication thymoanaleptique en 5 jours réapparaissent des soucis de présentation et de coquetterie, elle devient plus sthénique. Les réactions d'hostilité à l'égard du frère s'estompent : elle réclame sa sortie.

Commentaire : Geste perpétré après une véritable provocation de la part de son frère, dans le halo confusionnel de l'ébriété, dans un contexte dépressif au décours d'une période de sevrage et désintoxication.

L'Acte paraît continuer la relation mimétique avec le frère : où elle s'identifie au désir de mort de ce dernier.

Observation 32.

52 ans ; veuve, une fille mariée ; remariée ;
T.S. au Mandrax.

Veuve d'un écrivain, la tâche essentielle de sa vie est devenue la sauvegarde des droits d'auteur de son mari.

Situation conflictuelle : - Elle est en conflit avec son gendre qu'elle accuse de vouloir détacher sa fille d'elle.

- C'est devant le refus de sa fille de venir la rejoindre en villégiature aux sports d'hiver (qui avait été précédé du refus de participer à une procédure de défense d'intérêts communs) qu'elle s'intoxique volontairement avec du Mandrax.

A noter : Un épisode onirique intense (scène de tentative de meurtre) à l'entrée mais qui est bien critiqué le lendemain.

On peut retenir un indiscutable alcoolisme mondain (whisky ; champagne) à l'origine de l'irruption autoagressive.

Observation 33. Noël.

39 ans ; marié ; 4 fils, une fille ; mécanicien ; en chômage.

Situation et ambiance familiale : - Les conflits sont dans le sillage d'une conduite alcoolique chronique (vin et bière) qui date du début du mariage.

- Il existe une mésentente sévère dans le couple, aggravé encore par un conflit d'autorité avec les deux fils aînés, qui lui tiennent tête et qui le méprisent, soutenus par leur mère.

La famille est désinsérée : il est très attaché à sa fille unique de 4 ans (qu'il cajole) mais se sent rejeté par le clan de sa femme et de ses 4 fils. Il a perdu son emploi lors d'une mutation de sa femme qui est employée aux Chèques Postaux et devenu chômeur, il s'alcoolise régulièrement au foyer.

- Il se sent écrasé par sa femme, qui le domine réellement et assume le rôle du chef de famille.

Ajoutons qu'elle refuse tout rapport sexuel et de faire chambre commune avec lui.

Passage à l'acte : C'est parce qu'il ne lui reste rien d'un plat de pommes de terre qu'il avait préparé lui-même qu'il s'abandonne à la "rage du suicide".

Evolution : La "prise en main" par sa femme se prolonge à l'hôpital ; elle exige une cure de désintoxication à l'hôpital psychiatrique.

Acte : comme tentative malheureuse de rompre une dépendance à l'égard de sa femme : mais elle n'aboutira qu'à la soumission passive, seule issue, s'il veut survivre.

Résumé Descriptif :

Obs. 29. Nicole :

Echapper à la perte du contrôle intérieur : l'acte tranquillisant.

Obs. 30. Yvonne :

La confusion ébrieuse déclenche le processus autoagressif, mais ne permet pas "l'enregistrement" du geste.

Obs. 31. Madeleine :

Acte mimétique dans l'identification au désir de son frère.

Obs. 32. :

Alcoolisme mondain ; dans l'obnubilation ébrieuse iuuption autoagressive, à la place du meurtre symbolique.

Obs. 33. Noël :

Acte caractériel, transagressionnel.

*
* *

E - Tentatives de Suicide Réactionnelles : 12 observations

Observation 34. Bernard.

24 ans : chauffeur poids lourds.

Situation familiale : - Il vit depuis 4 ans en concubinage avec une femme en instance de divorce et mère de deux enfants dont elle a la charge.

- Jusqu'à l'événement actuel, le couple paraît vivre en bonne entente avec des conflits mineurs dans l'attente d'une situation régulière.

- Dans le même foyer, vit un de ses frères (21 ans)

Milieu parental : - Père : 50 ans ; Mère : 44 ans ; Fratrie nombreuse : 5 soeurs et deux frères. Il est l'aîné. Dans l'enfance on ne met en évidence aucun fait biographique traumatisant, significatif pour le sujet. Sa scolarité se déroule sans histoire apparente jusqu'au C.E.P. mais il n'a pas de formation professionnelle.

Pas d'incident non plus pendant son service militaire qu'il exécute dans la marine.

Situation conflictuelle : Quatre jours avant l'intoxication, sa femme lui annonce brutalement sa décision de le quitter, ce qu'elle fait sur le champ pour rejoindre "un homme plus riche que lui", lui laissant les deux enfants.

Le lendemain elle confirme la rupture par lettre et lui demande de confier ses enfants à une voisine prévenue. Pendant 24 heures, il oscille entre la sidération et la colère, puis progressivement émerge l'idée du suicide comme le chemin vers l'oubli, "ne plus penser à rien."

Depuis l'annonce de la nouvelle, il a abandonné son travail, ne trouve plus le sommeil.

"Il fallait faire quelque chose"
"Cela ne pouvait continuer."
"J'étais à bout."

Passage à l'acte : Il utilise une prescription de tranquillisants avec une détermination tranquille sans colère.

Evolution : Au réveil, "l'intention de mourir a disparu"
"Faire cela m'a fait du bien : c'était me montrer que je peux refaire ma vie. Cela m'a soulagé. Si je ne l'avais pas fait, j'aurais souffert plus longtemps."

Sentiments religieux : Il est croyant, mais l'interdit religieux n'a pas plus joué que l'interdit social.

Commentaire : Symptome unique, typiquement réactionnel chez un sujet sans antécédent, relativement bien adapté sur le plan social.

Tentative radicale de détendre l'émotion de l'abandon avec transmission d'une agressivité impuissante à atteindre son destinataire par d'autres voies. Il est meurtre d'un moi humilié et destruction symbolique du lien qui l'unit à la femme dont il a été rejeté et dont il dépend, et destruction de son image.

L'urgence et l'intensité des sentiments de haine, l'agressivité ne permettent pas l'internalisation par le jeu économique des fantasmes, qui dans le doublement de conscienceassume le mouvement de négativité qui assure l'intégration de l'obstacle.

Acte délibéré, sans confusion, comme choix de non existence, acte à but régressif mais devenant pour le sujet, après coup, un acte positif.

Observation 35. André.

28 ans ; marié.

Situation de famille : - Marié depuis 5 ans
- une fille de 4 ans
- il est patissier mais sans C.A.P.

Milieu parental : Père : 65 ans, ouvrier à la S.N.C.F. Mère : 70 ans - Fratrie : 4 frères. Originaire d'Afrique du Nord, il a gardé la nostalgie d'une grande famille autour de la maison natale.

L'histoire conjugale se confond avec la situation conflictuelle :

Au début de leur liaison, il sympathise avec elle, car "ému" par les malheurs de sa vie. "Je voulais l'aider" et la "sauver"..."d'elle-même".

"Elle avait élevée comme un chien : son père était un poivrot et sa mère une divorcée."

"Maintenant je paie les conséquences de ses difficultés.
Après notre mariage, je faisais tout à la maison : la lessive, le jardin, la vaisselle. Mais elle était incapable d'aimer personne. Pour moi, pas une caresse. Elle ne faisait aucune économie, elle avait un trou dans la main.
Elle ne me croyait pas lorsque j'étais à bout de force : je faisais des heures supplémentaires, plus de 14 heures par jour. Elle refusait d'inviter mes parents. Elle a abusé de moi.
Je tenais le coup à cause de ma fille, c'était ma seule distraction, ma seule joie.
Et puis j'ai craqué. Je voyais tout en noir, je voulais disparaître, ou me séparer : ma fille me retenait.
Je me sentais incapable de mâter ma femme."

"Un arbre qui pousse tordu, il n'y a que le gel qui le fasse crever."

Passage à l'acte : Le jour de la tentative, il provoque une querelle : sa femme lui annonce son désir de le quitter.

L'idée du suicide qui l'habite depuis près d'un an se fige. Il avait réfléchi déjà sur un choix éventuel. Abandonnant l'accident de voiture volontaire par peur de se rater, il se fixe sur le gaz.

"Je l'avais annoncé à ma femme, mais elle s'en foutait pas mal."

Pendant cette dernière querelle, il apprend que sa femme cherche à le quitter depuis six mois. Dans l'après-midi, en l'absence de sa femme et de sa fille, il organise son suicide : "J'ai ouvert le gaz, je me suis couché en tenant dans mes bras le pyjama de ma fille, car je savais qu'en cas de séparation je ne la reverrais plus de toute façon. J'ai pensé à ma femme et je savais qu'elle ne verserait pas une larme et dirait "bon débarras" comme à l'occasion de la mort de son père."

"Ma foi ne m'a pas retenu et pourtant je suis très croyant et je savais que le suicide était une lâcheté. Mais dans ces moments on ne réfléchit pas, on reste seul, sans aide."

Evolution : Au terme d'un court séjour, il se décide finalement au divorce et se réfugie chez son père.

Etat de crise et d'impasse évoluant depuis plusieurs années au sein d'un couple sado-masochiste. Le sujet refusant jusqu'alors l'idée d'une séparation en se plaçant consciemment sur le terrain moral, préfère encore le suicide qui lui permet : . de tuer la personne dont il dépend en l'accablant d'un remord éternel

et chatier magiquement celle qui l'a rejeté.
• d'échapper à l'humiliation

Il est à la fois (- une défense, une fuite
(- un meurtre, une punition, une agression.

Acte symptome permettant de vivre le désengagement sans perdre l'identité : exercice de séparation symbolique avant de décider une séparation dans la réalité.

Observation 36. Christian.

20 ans ; célibataire ; électromécanicien ; en chomage depuis 2 mois.
Coma : Mandrax.

Vit entre ses grands-parents et le domicile d'une amie, avec qui il a noué des relations intimes.

Circonstances : C'est à l'annonce d'une séparation souhaitée par la jeune femme qu'il provoque cette tentative, en venant s'effondrer aux pieds de cette amie. Elle lui reprochait ses hésitations pour une aventure matrimoniale et laissait entendre qu'en cas de refus, elle avait des projets ailleurs.

- La tentative permet au couple de trouver un nouveau compromis.

- Geste passionnel où l'existence d'un tiers rival paraît avoir joué un rôle important autant que la menace de la rupture et les sentiments positifs à l'égard de la jeune femme.

Acte "Pour se faire violence" et s'engager auprès de la jeune femme.

Observation 37. Françoise.

27 ans ; mariée, un enfant de 9 mois ; sans profession.
1ère T.S. (Mutaspline)

Comportement habituel : On note une fragilité émotionnelle importante, réagissant par des crises de larmes à la moindre contrariété.

Situation conflictuelle : Sentiments d'abandon. Son mari passe ses loisirs en groupe d'amis. Il lui a fait il y a peu de temps un aveu d'homosexualité et maintenant dès qu'il quitte la maison, elle ne peut maîtriser les idées de jalousie et d'imaginer les aventures dans le registre homosexuel.

Passage à l'acte : En l'absence de son mari, elle prend d'abord quelques comprimés pour dormir, puis au bout de quelques minutes, ingestion complète car elle ne supporte plus "l'attente".

C'est son mari qui la trouvera au retour.

Conduite de catastrophe, d'urgence.

Commentaires : - Acte en deux temps, d'abord pour dormir, puis pour ne plus exister et ne pas vivre le chaos des vécus émotionnels simultanés, dont chacun devrait commander un geste adapté différent :

(. Peur de la solitude
(. Angoisse de l'abandon
(. Colère
autant d'états d'alerte qui ne sont plus maîtrisés et deviennent intolérables : Acte global de destructivité, secondairement dirigé sur le sujet.

Observation 38. Marie.

38 ans ; mariée ; 6 enfants.
1ère T.S. (Valium)

Situation familiale : - Son mari est en arrêt de travail depuis 6 mois par accident du travail ayant entraîné une fracture de colonne. Il est présenté comme violent et autoritaire ne participant guère aux soucis du ménage. Mais surtout sa femme le rend responsable de tous les ennuis que connaissent actuellement les deux fils aînés.

- Ses enfants : 1) Le fils aîné 20 ans, est en prison pour vol de marchandises

2) Le 2ème garçon 18 ans a quitté brusquement la maison familiale devant le refus de son père de recevoir sa fiancée. Il vit avec elle.

3) Un garçon de 14 ans et trois filles de 12, 10 et 8 ans.

Situation conflictuelle : La mésentente règne depuis quelques mois entre les époux : la moindre remarque déclenche une querelle. Ils se reprochent mutuellement la délinquance de leur fils. Comme son mari est toute la journée à la maison, les occasions de heurts ne manquent pas.

Passage à l'acte : C'est en voyant l'attitude irritée, hostile de son mari qui s'est enfermé dans une chambre en alléguant des douleurs violents, qu'elle se couche à son tour en avalant les comprimés de Valium. Son mari ne s'est aperçu de rien et ce n'est que quelques heures plus tard que son fils qui lui rendait visite par hasard la découvre dans le coma.

Evolution : Dans le service, au réveil, on retrouve une attitude de méfiance, d'hostilité, de bouderie suivie d'un réquisitoire contre son mari à qui elle ne pardon pardonne pas le départ de ses deux fils. Elle refuse au début de recevoir son mari : le geste suicidaire et l'intoxication n'ont pas apporté l'abréaction des affects de colère, de dépit qui accompagnent le conflit conjugal actuel.

En quelques jours, une espèce de compromis est trouvé mais alors qu'elle est plus souriante et plus dynamique, on note une symptomatologie anxieuse avec insomnie, labilité émotionnelle et cyclothymie, mais sans état dépressif.

Commentaire : La querelle entre les époux n'a pas pu s'épuiser par le canal du langage. Le résidu d'agressivité à l'égard de son mari cherche un autre vecteur d'e d'expression : l'image du mari (objet de la colère) étendu sur le sol, induit le comportement autodestructeur mimétique, sans avoir la valeur d'une véritable catharsis.

Observation 39. Mireille.

27 ans ; mariée.

Situation familiale : - Mariée à 21 ans.
- 2 enfants de 3 ans et 9 mois.
- Sans profession.
- Le mari est ajusteur (1600 F par mois)

Milieu parental : - Mère vivante
- Père décédé alors qu'elle avait 13 ans
- Fratrie : avant-dernière d'une fratrie de 8 enfants.

Ambiance familiale : - Son mari est un éthylique occasionnel mais avec des ivresses violentes : "Quand il boit, il ne sait plus ce qu'il fait."
- Elle a déjà réalisé une première tentative de suicide en 1968, à la suite d'une ivresse de son mari.

Circonstances actuelles : - Depuis la naissance de sa fille, il y a neuf mois, elle présente des métrorragies et une baisse de l'état général avec état lipothymique. Elle a consulté divers médecins et tout récemment un gynécologue qui a prescrit un traitement, suivi.
- Huit jours avant la tentative, une violente querelle éclate entre les époux. Son mari la frappe au visage. Elle hésite à demander la séparation, compte tenu des enfants.

Passage à l'acte : Le jour de la tentative, son mari ivre, lui reproche de dépenser son argent chez les médecins. Une nouvelle querelle se déclenche et c'est dans les larmes et la colère qu'elle se précipite "sans réfléchir" sur une boite de médicaments qui se trouvait dans un tiroir de la cuisine.

..."Il m'a vue fouiller le tiroir, mais il n'a pas réagi."
..."Je ne pensais à rien ; j'ai fait cela machinalement, mais aussitôt je l'ai regretté."
..."Si j'avais pu les recracher, je l'aurais fait immédiatement."
..."J'ai tout de suite pensé à mes enfants et j'ai prévenu un ambulancier."
..."Pourtant je m'étais promis de ne plus recommencer, c'est trop bête ; j'aurais dû faire une bonne crise de nerf, même lui taper dessus si j'avais eu la force de le faire et d'aller me coucher. J'étais très hargneuse."
..."Le suicide me permettait d'être débarrassée de tout, ne plus avoir de soucis, la fin. Cette idée a duré une fraction de seconde juste avant d'avaler les comprimés."

Autocritique : Il n'existe pas de véritable culpabilité, mais plutôt l'irritation de ne pas être capable de se maîtriser, car elle refuse le droit au suicide.
"On fait souffrir trop de monde et il y a autre chose à faire."

Sentiments religieux : Croyante, mais non pratiquante
"Après la mort, il n'y a rien."

Evolution : Elle se décide à demander la séparation.

Commentaire : Suicide comme réaction impulsive instantanée à une agression. Réponse à une agression qui ne pouvait être ni l'homicide, ni la fuite de la séparation, mais permettant et le "repos" et la transmission de l'agressivité.

Acte : comme décharge pulsionnelle dans l'instant, sans thématisation préalable. Acte du sujet en "court-circuit", à l'acmé d'oscillations émotionnelles rapides et acte lui-même fugace.
Acte "expérimental", anticipation brutale de la séparation assumée ultérieurement.

Observation 40. Jacqueline.

26 ans; ouvrirère (fabrication d'aiguilles chirurgicales) ; première tentative ; coma = 2 (Noctadiol)

Situation familiale : - Veuve depuis le mois de mars 1971
- Son mari s'est suicidé (s'est arrosé d'essence et brûlure à la manière des bonzes)
- 3 enfants : de 6, 5 et 2,5 ans.

Milieu parental : Mère : divorcée, remariée depuis 13 ans - Père : décédé en 1966 ; ne s'était pas manifesté depuis 15 ans. Fratrie : un frère de 28 ans, marié.

Situations conflictuelles : 1) avec son mari :
Depuis plus d'un an (mai 1970) le couple s'était séparé, sur son initiative. Le jour de la démarche de conciliation dans la procédure de divorce, son mari se tue en se faisant brûler. Il avait menacé sa femme de le faire au cas où elle maintiendrait la demande de divorce.
"Malgré moi je pense à cette scène dont je n'étais pas témoin : je le vois brûler et alors j'arrive à me persuader que c'est de ma faute, alors que je sais que ce n'est pas de ma faute."

2) Avec sa belle-famille :
Sa belle-soeur l'a violemment prise à parti : l'accusant d'être responsable de la mort de son frère.
"J'ai reçu de ma belle-soeur une lettre terrible."
"Toute la famille essaie de me faire porter la responsabilité de sa mort."

3) Avec ses enfants :
Elle est dépassée par les problèmes éducatifs.
"Ils sont insupportables."

4) Enfin depuis quelque temps, elle fréquente un homme de 32 ans, mais la liaison est orageuse et les disputes fréquentes.

Passage à l'acte et circonstances : Ce soir-là, elle avait assisté à un repas d'anniversaire avec des amis. La soirée était plutôt gaie, mais sans "ivresse"
Au retour "je me suis trouvée seule à la maison, avec le cafard. J'en avais marre. Je voulais partir n'importe où. Je n'avais plus envie de travailler ; je ne voulais plus voir personne, de plus rien faire."

Entrée chez elle à 1 heure du matin, agacée, elle retourne dehors pour faire quelques pas, mais elle a peur. Elle remonte dans sa chambre et avale les médicaments :

"Je ne pensais plus qu'à une chose, prendre ces comprimés."

Puis après les avoir pris, elle s'est demandé ce qui allait se passer :

"J'ai eu peur de mourir."

Elle prévient aussitôt une amie qui loge 2 étages en-dessous.

Au moment du geste, elle n'a pas pensé à ses enfants. Ce n'est que dans la peur des conséquences que leur visage s'est imposé.

Croyance religieuse : Croyante, non pratiquante.

Commentaire : Le geste a apporté une sédation remarquable au moment de panique qui a marqué cette soirée. Les entretiens révèlent également l'impression d'un soulagement de la "fascination" que provoquait l'image du suicide de son mari. Elle se sent quitte à l'égard de la belle-famille, et pour avoir risqué une fois sa vie elle se sent quitte vis-à-vis d'elle même.

Pas d'état dépressif.

L'acte émerge dans la séquence : gaîté-solitude- insomnie pénible - peur réelle - réveillant d'autres fantasmes : le suicide de son mari. Sa tentative qui sur le moment n'est pas thématisée, procède de l'identification par imitation ; symptome agi de l'invitation au suicide de son mari.

Observation 41. Françoise.

23 ans.

Situation familiale : - Mariage "forcé" pour régulariser à 19 ans une "situation" compte tenu de la forte pression des deux familles. Le mariage est désiré par l'épouse.

- Naissance de jumeaux qui seront élevés par la soeur aînée de Françoise.
- 2ème grossesse et 3ème enfant désiré par l'époux.

Le mari travaille comme dessinateur. Il a 23 ans. C'est grâce au travail de sa femme au début de leur mariage que le mari a pu parvenir à ce niveau de qualification.

Ils ont de nombreuses dettes.

Milieu parental : - Absence d'image maternelle : à six ans elle est élevée par une demi-soeur de 15 ans son aînée (et enfant du premier mariage de sa mère).

- Absence d'image paternelle : âgé de 60 ans, son père s'est remarié et vit en Afrique avec 2 enfants de ce nouveau mariage.

Situation conflictuelle : - Le couple a toujours marché tant bien que mal. Une première menace de rupture avait été remarquablement supportée par l'épouse.

- Mais la tension actuelle est activée par l'instabilité du mari, qui très impulsif bouscule sa femme, exige sa liberté et ne voit que les contraintes du mariage. Il est incapable de supporter ses trois enfants. Il est en conflit avec son propre père à qui il doit de l'argent.

Passage à l'acte : C'est dans le cadre d'une véritable provocation du mari, que se déroule la tentative de suicide. Son mari revenant d'un déplacement apres 8 jours d'absence lui annonce brutalement l'existence d'une liaison extraconjugale mais sans perspective d'avenir pour lui, mais lui manifeste son désir de la quitter.

Profil psychologique : - Personnalité : infantile, égocentrique, vulnérable.

- (La menace de dissociation familiale, réactive les fantasmes abandonniques de l'enfance). Mais elle est surtout marquée par une structure masochiste, fortement culpabilisée. Elle ne se défend pas sinon par des désirs

régressifs, la pensée magique et la fuite qui lui fait nier les aventures de son mari, sans maîtriser l'angoisse.

Conduite de victime qui se satisfait inconsciemment des tendances sadiques de son mari.

<u>Acte</u> immédiat, en "réponse", par "identification" au désir de son mari.

<u>Observation 42. A.</u>

36 ans ; mariée ; mère de 4 enfants.

<u>Ambiance familiale et conjugale</u> : Le couple garde une unité légale, mais chacun mène de son côté une vie intime personnelle que l'on partage le cas échéant. On se retrouve "pour les enfants" et pour faire "les valises."

<u>Circonstances</u> : Elle a assisté deux jours avant à une scène violente qui opposait les protagonistes d'un couple ami, et qui avait provoqué le suicide de la femme à l'annonce d'une rupture de la part du mari.

Depuis elle était incapable de trouver le sommeil : devant le sentiment d'une confusion envahissante, elle était restée très impliquée dans la tentative de son amie, elle prend juste la "dose nécessaire pour dormir" servie en cela par l'expérience de son amie, et en utilisant le même médicament.

Dénégation de toute <u>intention suicidaire</u>

<u>Commentaires</u> : sur le passage à l'acte :
- acte d'imitation ; sans désir de mort
- anticipation sur sa propre situation qu'elle juge malgré tout précaire.

Dans la démarche on trouve les séquences suivantes :

1) - Participation d'une ménière empathique à une querelle et une tentative de suicide.

2) - qui entraîne une émotion de peur et de honte et dans le sillage d'une insomnie symptomatique un <u>acte d'imitation</u> par identification partielle.

3) - <u>Le MOI Réalité</u> n'est pas très impliqué : elle rationalise et critique normalement.

<u>Observation 43. Solange.</u>

50 ans ; Coma = 1 ; intoxication au Surmontil.

<u>Situation de famille</u> : Divorcée ; 3 enfants. Elle vit seule actuellement, mais garde une vie relationnelle amicale réelle.

<u>Circonstances</u> : - C'est la fin d'une soirée chez des amis, au retour dans son appartement que ne trouvant pas le sommeil, excédée, irritée, insatisfaite, elle prend les comprimés que lui a laissés une amie "pour dormir". Il s'agissait de Surmontil (100 mg)

- Dans un premier temps, immédiatement au réveil, elle "avoue" un "moment de désespérence" mais rapidement elle nie toute intentionnalité suicidaire et parle d'erreur

"J'en ai pris trop pour dormir."

- Pas d'état dépressif.

Commentaires sur l'acte suicide :

- Acte d'existence, comme réaction à une séparation physique banale, mais qui réveille l'angoisse de sa solitude et l'échec conjugal.
  Sans élaboration, émergence brutale du désir de "dormir-mourir"
- Acte symptome d'évitement et qui fera l'économie d'une dépression.

Observation 44. Nicole.

27 ans ; mariée, sans enfant ; travaillait comme caissière.

Cette jeune femme n'a pas d'antécédents psychiatriques même à minimum.

Toutefois, elle est affectée par des difficultés gynécologiques qui ne lui permettent pas de mener à terme ses grossesses : elle a présenté 3 fausses couches spontanées.

Ambiance conjugale : L'ambiance conjugale était altérée par la perspective d'une stérilité, malgré tout c'est avec une violente surprise qu'elle apprend brutalement la décision de son mari de la quitter pour vivre avec une autre femme.

Pendant plusieurs jours, elle tente auprès de son mari toutes les pressions : passant de la menace au compromis le plus soumis, mais il refuse le dialogue et c'est comme l'ultime solution qu'elle réalise le geste suicidaire.

Evolution : les premiers jours de l'hospitalisation n'ont pas épuisé cette quête, elle se raccroche à l'idée de reprendre une vie commune et reste émotionnellement très impliquée par la rupture qui au fil des heures paraît de plus en plus certaine et définitive.

Nous la gardons jusqu'au moment où prenant progressivement du recul, elle commence à envisager une vie professionnelle de substitution.

Commentaires : Le caractère brutal de l'abandon ne lui laissait guère de choix : il lui fallait métaboliser une émotion violente, l'humiliation, la perte d'une dignité sociale, l'échec et s'engager dans la perspective d'un nouveau destin. La solution dramatique utilisée a facilité la prise de distance.

L'urgence, la détresse efface le plan du futur. Malgré les autres tentatives d'adaptation (active dans les violences verbales de la scène de ménage, passive dans la soumission) le refus de contact du protagoniste la renvoie à elle-même : là le fond dépressif, la perte d'estime, la blessure corporelle désigne le corps comme cible puissant indistinctement la vengeance transagressionnelle, l'autopunitivité et l'acte qui est le désir de l'autre.

Ne pouvant internaliser dans l'imaginaire le conflit du fait de l'urgence de l'Acte d'existence à poser, elle a objectivement le choix entre la dénégation et la décision de créer une nouvelle autonomie par la rupture de l'ancienne dépendance.
- les sentiments de haine qui prennent possession du sujet inhibent le doublement de conscience de la mise à distance autocritique et conduisent à l'agir.

Dans cette observation, comme dans bien d'autres, l'acte accompli devient le moteur d'une maturation progressive.

Observation 45. Raymonde.

43 ans ; ouvrière.

Situation familiale : - Veuve depuis 11 ans. Elle a trois enfants : 12, 11 et 9 ans.

- Elle vit en concubinage avec un homme de 31 ans depuis un an, sans mésentente sévère.

Antécédents : Hystérectomie totale il y a 3 mois.

Circonstances : - La veille tout allait bien. Pas de conflit, mais une fatigue physique qui date de l'intervention. Elle fait normalement son travail.

- Le jour de la tentative, elle attend des invités et pour les recevoir a préparé un repas compliqué, un peu agacée de le faire seule : son mari étant parti à la chasse.

- Des amis devaient les rejoindre à midi pour l'apéritif, mais ils font faux bond et c'est ce "refus" qui, provoquant une querelle entre elle et son mari, va déclencher le processus suicidaire.

- Elle quitte la table, s'enferme dans sa chambre et ingurgite une boite de tranquillisants.

Evolution : Au réveil, on ne trouve aucune note dépressive.

L'absence d'antécédents, l'efficacité habituelle et l'adaptation en imposent pour un geste réactionnel isolé et qui ne pourra être intégré.

Acte immédiatement accroché à l'émotion, non différé, sans but exprimé, ni thématisation, en court-circuit réflexe.

Résumé Descriptif :

Obs. 34. Bernard :
Acte délibéré sans confusion, comme choix de non existence, acte à but régressif mais devenant pour le sujet, après coup un acte positif.

Obs. 35. André :

Acte symptôme permettant de vivre le désengagement sans perdre l'identité : exercice de séparation symbolique.

Obs. 36. Christian :

Acte non préparé, immédiat, caractériel, en court-circuit, sur une amorce passionnelle, dont le sens sera élaboré et récupéré au fur et à mesure des nouvelles relations avec son amie.

Obs. 37. Françoise :

Dans le chaos des vécus émotionnels simultanés, la conduite suicide se déroule dans deux temps : "Pour dormir" puis "pour mourir" : d'abord l'évitement puis la destructivité annihilante.

Obs. 38. Marie :

Dans la querelle des époux, le refus du mari qui se réfugie dans l'immobilité silencieuse, induit le comportement autodestructeur mimétique, sans être une véritable catharsis.

Obs. 39. Mireille :

Décharge pulsionnelle immédiate, du sujet en court-circuit.

Obs. 40. Jacqueline :

Démarche contraphobique (utilisant par mimétisme l'acte suicide de son ami), interrompue par la peur phobique des dangers de la mort, comme blessure et qui s'oppose à son "savoir" sur la mort comme finitude nécessaire.

Obs. 41. Françoise :

Acte immédiat, en réponse, par identification au désir sadique de son mari.

Obs. 42. A :

Participation empathique au suicide d'une amie.

Obs. 43. Solange :

Acte symptome d'évitement, faisant l'économie de la dépression.

Obs. 44. Nicole :

Acte d'existence, réponse à un abandon qui est une véritable provocation au suicide.

Obs. 45. Raymonde :

Acte immédiatement accroché à l'émotion, mais non thématisée.

*
* *

F - Etats Dépressifs Névrotiques et Réactionnels : 9 observations - 3 hommes
- 6 femmes

Observation 46. Jean-Pierre.

27 ans ; marié ; mécanicien.

Situation familiale : - Marié depuis l'âge de 19 ans.
- 2 filles : 7 et 1,6 ans ; et un bébé décédé à la naissance
- Sa femme ne travaille pas.

Ambiance familiale : Il existe une bonne entente conjugale, troublée par les reproches que lui fait sa femme sur son goût excessif pour la vitesse. C'est bien en effet d'une véritable passion qu'il s'agit : il passe des heures à "bricoler" une voiture pour augmenter ses performances. Un accident de voiture il y a trois mois a entraîné une véritable réaction dépressive, d'autant que sa femme fut blessée.

Milieu parental : Père : il ne l'a pas connu ; décédé pendant la guerre en déportation.
Mère : elle vit en concubinage.
Il a été élevé par ses grands-parents, jusqu'à la réussite au C.A.P. de mécanique automobile. Il a perdu sa grand-mère depuis 4 ans. Son grand-père est malade : hémiplégie avec aplasie.

Situation conflictuelle et circonstances : Il n'a pas de soucis financiers mais depuis l'accident survenu il y a 3 mois, il se désintéresse de son travail ; la thymie est dépressive avec des crises émotionnelles et une thématique de culpabilité où il ressasse les détails de l'accident :

"Je roulais trop vite, c'est moi qui conduisais, j'ai failli tuer ma femme."

A la suite, il a été "condamné pour excès de vitesse et blessures involontaires" on lui a retiré son permis de conduire.
Il faut ajouter la maladie récente de sa femme avec une intervention chirurgicale d'urgence ; il en fut très affecté.
- Il ne supporte plus les pleurs de ses enfants :
"Tout me bouleverse jusqu'aux larmes."
- Il n'avait plus envie de dialoguer, d'échanger avec les autres, il refusait les contacts avec les clients.

Passage à l'acte : Sa femme est absente ce soir-là. Il est seul avec ses enfants qui dorment. Il est devant le poste de télévision pour suivre le film de la soirée. Et puis il s'est senti envahi par "l'ennui". Il va voir ses enfants dormir, leur caresse la tête au passage...
et puis "J'en ai eu marre" ; "Je me suis levé tranquillement, et j'ai pris les comprimés" (Hypnotique prescrit par le médecin traitant) ; puis il retourne s'asseoir et c'est la chute du coma.

Jugement sur le suicide : C'est la première crise dépressive, mais aussi la première tentative. Il n'y avait jamais pensé avant, sinon comme rationalisation, réflexion morale : comme "un moment de faiblesse et faute."
En ce qui concerne la responsabilité de son propre geste l'accable :
"On n'a pas le droit d'être faible jusque là."

Sentiments religieux : Il est catholique, croyant, mais non pratiquant.
N'appartient pas à une communauté structurée.

Intérêt majeur : Son intérêt majeur reste la vitesse
"La seule joie de ma vie c'est au volant que je l'éprouve."

Commentaire : - Le malade en dehors de son goût privilégié pour l'automobile, ne présente aucun symptome névrotique dans ses antécédents.

. on retient l'aspect déclenchant, favorisant
de l'accident avec ses conséquences :
. culpabilité liée à la conscience qu'il a de prendre des risques
. culpabilité liée au sentiment "d'avoir peut-être voulu tuer" sa femme et celle liée à la condamnation réelle ;
. ainsi que l'absence du père décédé.

Malgré une bonne adaptation sociale, le sujet a des problèmes d'estime de soi, avec dans les tests projectifs, des éléments renvoyant à une situation d'abandon :

- (au D 10 : les parents et enfants ne se connaissent pas ; maison dont le graphisme est schématique)
- au Rosenzweig : il se charge de culpabilité, comme un des moyens de désamorcer l'agressivité d'autrui.
- Faiblesse du MOI, qui ne résiste pas à l'incident grave, qui l'amène à prendre une position défensive régressive.

Donc sujet facile chez qui l'angoisse peut netraîner une désorganisation et provoquer des conduites de catastrophe lorsque la situation extérieure tend à reproduire la situation d'enfance d'abndon.

On ne peut s'empêcher de remarquer que la T.S. visait à reproduire pour ses enfants sa propre situation d'enfance.

L'Acte se déroule dans la tristesse, sans confusion.
Acte symptome où les instances interviennent de manière cohérente, infiltrés par le même thème de catastrophe, de "deuil".

. L'état dépressif est induit par la perte de l'objet fétiche (la voiture-vitesse) qui permettait les satisfactions pulsionnelles intriquées (agressivité et substitut viril), comme un état de sevrage.
. La culpabilité désigne le MOI, au besoin autopunitif.
. Le MOI-Réalité est engagé dans les échecs, les blessures, la condamnation pénale.

Observation 47. François.

22 ans ; célibataire ; chaudronnier soudeur.

Milieu familial : - Il habite chez ses parents et partage une chambre avec son frère de 19 ans.
- Père : 56 ans, papetier.
- Mère : 59 ans, sans profession.
- Fratrie : 1 soeur de 36 ans, mariée, deux enfants
1 frère de 19 ans

La scolarité s'achève à 15 ans avec le C.E.P. Il commence à travailler tout de suite sans qualification mais n'a pratiquement pas changé d'employeurs.

Dans les antécédents, il faut souligner une atrophie testiculaire dont un bilan a confirmé le mauvais pronostic avec une stérilité inévitable, diagnostic connu par le sujet.

Situation conflictuelle : Depuis 2 ans, il fréquente une jeune fille régulièrement et avec l'accord des deux familles : ils ont celébré leurs fiançailles. Le problème de la stérilité avait abordé et éludé par l'espoir d'une adoption.
Deux jours avant l'hospitalisation, sa fiancée lui révèle sa décision de rupture : elle lui a préféré son meilleur ami. L'annonce de la rupture provoque une crise émotionnelle :

"J'ai pleuré, mais je ne pensais pas au suicide."

Passage à l'acte : Dans la nuit suivante, il est réveillé par un "cauchemar" : où il voit son meilleur ami occupant sa place à côté de sa fiancée dans une église et dans son rêve il éprouve le désir de mourir. Réveillé, il descend dans la cuisine et prend de l'aspirine. Il remonte se coucher après avoir rédigé une lettre à sa mère :

"Je ne suis plus rien dans ce monde. Je n'ai plus rien à faire, je préfère partir. Pardonne-moi."

En dehors du rêve, on ne note aucune méditation présuicidaire :

"J'ai vu que je ne pourrai plus l'avoir pour moi. J'ai surtout pensé à mon ami, ce salaud qui aurait été mon meurtrier si mon suicide avait réussi."

Sentiments religieux : Croyant mais non pratiquant. Il n'a pas pensé au fait religieux. Il ne croit pas à une autre forme d'existence.

L'évolution dans le service fait apparaît l'importance surtout de son problème de stérilité, les séquelles de rupture sont au second plan. Le tableau s'est compliqué de différents symptomes subjectifs à localisation abdominale avec une minimisation des faits qui ont motivéle suicide. Les entretiens ultérieurs confirment l'existence d'un solide noyau hystérique. Les imagos parentaux sont mal structurés : un père effacé, une mère envahissante et dangereuse.

Commentaire : Le geste s'articule passivement à la thématique du rêve prémonitoire : abandon passif et châtiment magique à l'infidèle mais surtout accabler le rival heureux d'un remord éternel.

Ils veulent être heureux ensemble, sa mort les hantera, ce qui permet encore une puissance posthume : à la fois revanche et crime symbolique.

L'acte est en continuité quasi mimétique avec l'imaginaire onirique : identification à l'exclu de la scène heureuse et refus de l'expulsion.

Observation 48. J.

39 ans ; marié ; 5 enfants ; cisailleur ; 2ème T.S. (Tranxène - Laroxyl - Nozinan)

Situation familiale et ambiance conjugale : Les relations conjugales sont conflictuelles, dans un couple névrotique.

Femme : rigide, autoritaire, qui dirige et domine le foyer. Sur le plan sexuel, elle refuse toute méthode anticonceptionnelle, et rend son mari responsable de chaque grossesse dont aucune ne fut désirée.

Antécédents personnels : - Il existe de nombreux épisodes digestifs : il a été suivi à plusieurs reprises pour des crises douloureuses épigastriques, pour lesquelles on a porté le diagnostic d'ulcère du bulbe.

En 1968, il a été opéré : vagotomie et antrectomie.
- Depuis quelque temps, on retrouve de fréquents épisodes pulmonaires atypiques avec douleurs thoraciques, dyspnée.

- L'an dernier au mois de mars 1970 : Première tentative de suicide à l'Equanil, après une querelle avec sa femme enceinte pour la 5ème fois et qui le lui reproche vigoureusement.

Circonstances actuelles : On ne trouve pas d'éléments conflictuels plus aigus, mais un état d'asthénie et dépressif accompagnant un état grippal authentique avec des complications bronchiques qui l'oblige à interrompre son travail. Cette véritable dépression organique se manifeste dans des sentiments de perte d'estime de soi-même, de doute, de désintérêt et qui confine à l'anesthésie affective, avec émergence des idées suicidaires sous forme d'un "désir de repos définitif, de tranquillité, où l'on ne souffre plus".

En l'absence de sa femme, il prendra en fin d'après-midi les médicaments qu'il a à sa disposition. C'est sa femme qui le découvre dans le coma dans son lit vers 21 h 30.

Evolution : Dans le service, la note dépressive va céder la place à l'anxiété et aux préoccupations somatiques. En effet, l'état pulmonaire s'était aggravé et le traitement fut surtout à visée organique. C'est à travers ces symptomes réels, qu'il construit une relation de très grande dépendance avec le médecin.

Profil psychologique :

"Même s'il a une grande aptitude à somatiser, on ne peut pas parler de névrose hystérique. Son comportement habituel est plutôt sous le signe de l'immaturité : chaque incident de parcours, toutes difficultés réelles ou anxiété liée à un symptome organique provoquent un retour à des schémas de conduite infantile.
Ses possibilités d'adaptation sont réduites, il est trop absorbé par ses problèmes et ses besoins personnels : l'équilibre et la sécurité est possible lorsqu'on s'intéresse à lui d'une manière privilégiée.
Chaque échec, conflit ou maladie entraîne d'abord un sentiment de culpabilité comme s'il méritait d'être humilié et dévalorisé. Il s'implique entièrement dans le moment présent au point de ne pouvoir analyser l'obstacle : allant jusqu'à la persévération affective.

Devant la répétition des obstacles, il démissionne et attend que les choses se résolvent toutes seules, ou éclate en décharge agressive généralement inadaptée à la situation. En face d'autrui, il hésite entre la soumission et l'impuissance incapable de s'affirmer avec toujours un halo de culpabilité.

Les moyens de défense contre l'angoisse sont nuls : (AT 9) enparticulier la virilité qui est même vécue comme dangereuse (qui paraît renvoyée à une fixation oedipienne au père au temps de l'angoisse de castration).

Au total, la personnalité se résume en terme
(d'infantilisme, de passivité, d'égocentrisme
(manque de réactivité, de relations de dépendance de type maternel : une incapacité dans l'ordre de l'autorité, de l'affirmation de soi et de l'agressivité.

En cas de rupture des liens de dépendance, le niveau autoestimatif trop bas ne permet pas de compenser le déséquilibre (M. Andrey. Psychologue)

Le geste suicidaire a la valeur d'une recherche de refuge dans la mort, et à défaut dans la maladie, dans le corps malade sur lequel se penchent les bonnes figures parentales.

Commentaire : - Personnalité psychosomatique
- Etat dépressif induit par l'atteinte organique actuelle

Acte symptome, élaboré, mais régressif.

Observation 49. Suzanne.

21 ans.

Situation de famille : - Mariée à l'âge de 19 ans ;
- un garçon de 3 mois
- Mari : serrurier, mais souvent absent, car en plus de son travail, il aide ses parents à tenir un bar.

Milieu parental : - Son père est mort lorsqu'elle avait 5 ans ; c'était un éthylique chronique
- Sa mère s'est remariée.
- Fratrie de 8 enfants.

Ambiance conjugale : Le couple n'a pas de difficultés financières, mais la jeune femme se plaint de la solitude. Elle n'a pas d'amies et ils ne sortent jamais. Elle en veut beaucoup à son mari de travailler dans le bar de ses parents.

Circonstances déclenchantes : Dès le lendemain de l'accouchement, s'installe un état d'adynamie avec anesthésie affective à l'égard du nouveau-né dont elle ne peut s'occuper, se sentant incapable de l'élever et le confiant à sa belle-soeur.
Elle fait un séjour en maison de repos, ce qui n'améliore pas l'état dépressif.

Au retour pendant 4 à 5 jours, elle pense et médite son suicide alors qu'une insomnie rebelle s'installe et c'est le geste suicidaire, réalisé le matin.

"J'en avais tellement marre."
Elle avale les comprimés et se couche.

Evolution : Sous traitement thymoanaleptique, l'état dépressif cède en 10 jours environ.

Commentaire :Il s'agit d'un suicide, comme épiphénomène d'une dépression puerpérale, dans un contexte d'isolement :
Fuite devant le caractère pénible de sentiments d'impuissance et de douleur morale.

Acte comme réaction aux symptomes dépressifs; sans urgence, mais délibéré en continuité avec les méditations tristes, culpabilisées.

Observation 50. M.J.

18 ans ; mariée ; employée de maison.

Situation familiale : - Elle est mariée depuis 6 mois. Pas d'enfant, pas de grossesse.
- Son mari est manoeuvre.
L'entente conjugale est médiocre. Elle domine son mari, qui est passif, fallot. l'entente sexuelle n'est pas meilleure : frigidité et dyspareunie.

Milieu parental : - Père : chaudronnier et éthylique chronique
Les scènes brutales sont fréquentes, surtout à l'encontre des enfants. Il aurait tenté d'étrangler sa fille. Les accrochages étaient violents : elle ne supportait plus ses remarques et se révolte ouvertement :

"Mais après ces accès de brutalité, il venait supplier en pleurant qu'on lui pardonne."

"J'avais peur de lui."

C'est pour fuir son père qu'elle se "précipite" dans le mariage.

- Mère : apparemment, bonne entente.

- Fratrie : Elle est l'aînée de 6 enfants, dont le dernier a 5 mois.

Evénements traumatisants retenus par la malade :

- Outre les scènes de violence de son père
- une expérience sexuelle avant son mariage à 16 ans, avec un autre partenaire que son mari et qui reste très culpabilisée autant pour le geste lui-même que parce qu'elle n'a pas pu le révéler à son mari.
- Très écoeurée également lors de son mariage par le rite de la "rotie" (boire du champagne dans un vase de nuit, dans le lit nuptial, sous le regard des invités) elle s'est sentie humiliée et l'affect n'en paraît pas atteint.
- Et "Je n'ai jamais trouvé la vie drôle. La vie me pèse."

Situation conflictuelle actuelle :

- Le couple vient d'emménager dans un nouvel appartement qui est en cours de réparation. Tout est en désordre.
- La belle-mère intervient souvent dans le ménage et fait des commentaires désagréables sur la tenue du ménage et s'inquiète car son fils paraît "dépérir" depuis son mariage.

"Je serre les dents pour ne pas répondre."

"Elle manque de tact et se mêle de ce qui ne la regarde pas."

- Il y a un mois elle assite aux derniers instants de la mort du père d'une de ses amies "C'est moi qui lui ai fermé les yeux."
- Depuis une quinzaine de jours, elle présente une insomnie et fait de nombreux cauchemars pénibles

. "Se sent tomber dans un trou".
. "Représentations macabres où elle voit toute sa famille dans un cercueil."

Elle se réveille en pleurant.
Rêve "prémonitoire" où elle assiste à son propre enterrement, entourée par des membres de sa famille qui pleurent et pour certains qui rient.

Passage à l'acte :
- La veille du jour de la T.S. visite de sa belle-mère, qui comme à l'accoutumée s'étonne du désordre. Au coucher, la vaisselle n'est pas faite.

"J'avais l'impression d'être une mauvaise femme."

- Le matin, c'est un dimanche, elle subit passivement un rapport que lui "impose" son mari et qui se termine par une querelle où son mari lui reproche en outre d'être une paresseuse.

"Je me suis levée, pour commencer à ranger la maison. J'étais irritée, mais j'avais aussi un peu honte de moi, de ne servir à rien. J'en ai eu marre, je voulais mourir. J'ai avalé les comprimés que je prenais pour dormir.
Je ne voulais plus penser à rien, ne plus avoir de soucis, ne plus exister."

Lors des premiers symptomes de l'intoxication, son mari s'inquiète et lui demande ce qu'elle a fait : elle le gifle. Dix minutes plus tard, pensant au scandale et

émue par l'image de ses frères et soeurs, de sa mère, elle révèle son geste à son mari :

"Je n'avais plus envie de mourir."

Antécédents suicidaires : - A 14 ans, après un renvoi scolaire, par peur de la colère de son père : phlébotomie et devant l'insuccès, fait une fugue.

- Avant son mariage, c'est une pensée qu'elle avait souvent : "Il m'arrivait d'être comme si j'attendais la mort."

"Mais je n'avais pas le courage de le faire."

Sentiments religieux : - Croyante

- Elevée par une grand-mère "pentecotiste"
- Mais au moment de la T.S. n'a pas pensé à l'interdit religieux

Profil psychologique (Rosenzweig - AT 9 - D 10) :

Dans les situations difficiles, l'obstacle est surestimé et provoque un sentiment d'impuissance. Attitude d'attente passive. L'échec est assumé sans se donner des excuses avec une tendance au repli sur soi et à l'autopunition masochiste, aux conduites de fuite, de négation, d'évitement et régression vers la pensée magique. On retrouve les traits dépressifs avec l'auto-dépréciation, l'agressivité culpabilisée.

Les images parentales sont ambivalentes :

. l'image maternelle :
attirante protectrice, mais aussi peu valorisante et dangereuse donc rejetée
. les valeurs viriles, si elles apportent la réussite et la force, elles contiennent en elles la destruction et la mort : donc peu utilisables.

Geste (non pas fuite devant l'angoisse
(ou la destructuration mais
(rupture de l'économie générale

L'Acte : a des racines lointaines, dans une structure dépressive, mais mis en route par la querelle et les échecs sexuels répétitifs.
L'agressivité envahit tout le moi et sa rencontre avec le masochisme autopunitif se synthétise dans l'acte suicide, lui-même vite dépassé, par une nouvelle culpabilité secondaire.

Observation 51. Simone.

37 ans ; divorcée, sans enfant ; travaille comme contrôleur aux Chèques Postaux.

Situation familiale : 1°) Le premier mariage "fut un échec lamentable"
- Elle présente son mari sous les traits d'un éthylique chronique, ne travaillant pas et criblé de dettes.
- Au cours de ca mariage, elle avait accouché d'un garçon, décédé à l'âge de 7 semaines lors d'un épisode convulsif.

2°) Elle vit depuis quelques mois en concubinage
- Mais son ami est en "invalidité" pour comitialité post-traumatique : dont elle vient de découvrir la gravité.
- C'est lui qui l'a suivie à Grenoble lors de sa mutation, venant de Paris.
Ils n'ont aucun rapport intime, son ami est impuissant, mais :

"Je m'en passe facilement."

Milieu parental : Père : entrepreneur de peinture. Décédé d'un cancer en 1968 Lors de sa maladie, c'est elle qui a pris en charge les frais médicaux de son père qui n'était pas assuré. Elle a perdu ainsi toutes ses économies.

Mère : elle est morte brutalement cette année au domicile de la malade qui venait de déménager de Paris à Grenoble

Fratrie : une soeur

Antécédents : Un épisode dépressif après la mort de son père et également après le décès de sa mère mais traité en ambulatoire sans hospitalisation.

Situation actuelle : Elle insiste sur l'accumulation des événements pénibles : divorce, mort de son enfant, décès de son père, mutation et déménagement à Grenoble, décès de sa mère, et maintenant la maladie de son ami.

Passage à l'acte : Elle assiste en effet à une crise généralisée (la première qu'elle voit) qui provoque chez elle une grande crise d'agitation : "pousse des cris, avec des gestes de précipitation et une grande agitation globale," puis...

"Je voulais en finir, j'étais excédée. Je n'étais plus moi-même. Je hurlais que cela n'était plus vivable et j'ai pris ce qui me tombait sous la main." (Melleril - Anafranil - Tranxène)

Quelques instants plus tard toujours aussi exaltée, elle annonce à son ami qu'elle avait avalé tous les comprimés. Elle refuse de le suivre chez le médecin :

"Je voulais dormir, mais cela ne me faisait rien de mourir."

Evolution : L'hospitalisation se prolonge, car elle reste dépressive. Elle reste dans une impasse réelle : entre la peur d'une solitude qu'elle refuse et une rupture avec son ami dont les symptomes épileptiques lui font peur et auquel elle se sent liée pour le pire sans pouvoir l'assumer.

Représentation de la mort :

"C'est atroce pour ceux qui restent."
"La personne qui meurt n'a plus de soucis.
Une délivrance lorsqu'on est malade."

Idées de suicide : Depuis longtemps elle rumine des idées de suicide comme une aspiration à la tranquillité.

Croyance religieuse : Athée.

Personnalité psychasthénique.

L'Acte sur le fond dépressif devient possible, après le spectacle de la crise d'épilepsie, qu'elle essaie de "mimer" dans un premier temps clastique puis dans un deuxième temps devant la confusion grandissante, la peur de perdre son identité, lui fait agir le symptome suicide, pour "mourir-dormir" dans une ambivalence qui marquera toute l'évolution.

Observation 52. Joséphine.

22 ans; mariée ; sténodactylo.

Milieu parental :
- Père de 56 ans, ouvrier .
- Mère de 46 ans, femme de ménage.
- Fratrie : 3 soeurs et un frère.

Situation familiale : Mariée depuis 4 ans ; un garçon de 2,6 ans.
Le couple n'a pas de soucis d'argent (2700 F par mois)

Ambiance familiale : Elle accuse une jalousie féroce à l'égard de son mari et le moindre retard provoque une avalanche de questions (un rêve où elle "voit" son mari la tromper, a valeur de conviction).

Les rapports sexuels conjugaux ne lui apportent aucune satisfaction et la méthode anticonceptionnelle utilisée reste le coïtus interromptus, car elle refuse la pilule par peur de prendre du poids.

Antécédents : - Une grossesse difficile avec des vomissements sur les neuf mois, accompagnés de lipothymie.

- Elle présente de nombreux symptomes subjectifs : douleurs diffuses, céphalées, douleurs pelviennes, dorsalgies, qui lui font consulter régulièrement différents spécialiste.

- Elle a toujours été irritable, boudant facilement et dans les moments aigus, crie, tremble.

- Il y a un an elle a fait une dépression vraie, traitée en ambulatoire, pendant trois mois.

Situation actuelle : Depuis quelques semaines, elle est devenue querelleuse, explose à la moindre remarque, ne supportant ni son fils, ni son mari, ni ses collègues de bureau.

Passage à l'acte : Ce jour-là en fin d'après-midi, elle n'a pas pu terminer son travail. Elle rentre, agacée, à pied à la maison et fait un peu de ménage.

"J'en avais assez d'avoir le cafard, je voulais dormir et mourir."

"Plus rien ne m'intéressait."

Il n'y avait personne à la maison et "elle n'a pensé à personne ni à son mari, ni à son fils, ni à ses parents."
Elle prend les comprimés qui lui restaient de la dépression précédente, et se "couche pour ne plus penser et dormir."

Autocritique : C'est la première tentative et avant ce jour, elle n'avait jamais songé au suicide. Elle critique son geste et le juge lâche comme un abandon, surtout en ce qui concerne son fils.

Sentiments religieux : Elle se dit croyante, mais non pratiquante. Il lui arrive cependant de prier.

Evolution : Le suicide a entraîné une résolution complète de la période de "crise" qu'elle traversait.

Commentaire : - Acte symptome à valeur progressive
- Geste suicidaire dans le contexte dépressif d'une névrose d'angoisse décompensée, sans événement conflictuel réel.

Pendant la période de quelques mois qui précède la tentative, elle organise son isolement, dans une relation globale d'hostilité :

désinvestissement progressif de tous les objets d'intérêt, s'enfermant elle-même dans l'insatisfaction : alimentant son agressivité avec les thèmes d'une jalousie morbide.

Ayant épuisé les ressources des projections somatiques, la dynamique masochiste l'amène à la plainte globale.

Désengagée dans un monde hostile, les pulsions désintriquées au profit de l'agressivité et l'égocentrisme ne trouvent pas d'autre médiateur que ce corps qu'elle refuse.

Observation 53. Rosine.

35 ans ; Mariée ; 2 filles 13 et 11 ans ; T.S. au Mutaspline. Coma = 1

Antécédents chirurgicaux : Appendicectomie
Grossesse extra-utérine en 1962
Cinq avortements.

Antécédents psychiatriques : Etat dépressif sous le masque d'un syndrome douloureux digestif atypique.

Circonstances : Le couple vit une dissociation depuis plusieurs années : le mari allant de liaison en liaison, au vu et au su de sa femme.

Pour ne pas être de reste, elle a tenté plusieurs expériences, mais sans continuité. Le couple se retrouvant pour échanger leurs impressions.

Il n'existe pas de problèmes financiers : l'argent coule à flot. Le mari paraît très à l'aise dans ses aventures. Les filles ont de l'admiration pour leur père, admiration entretenue par la malade de façon assez paradoxale.

Evénement déclenchant : C'est à l'annonce d'une possibilité de rupture réelle qu'elle se précipite dans le suicide. Mais la crise actuelle ne vient qu'aggraver un état dépressif au long cours. Depuis longtemps elle rumine des sentiments d'inutilité, de dévalorisation d'effacement. On retrouve des désirs "de mort accidentelle" d'allure chronique.

Dans le service, elle s'y est réfugiée sans demande, comme pour s'exercer à l'abandon, sans accepter le divorce. On ne sent pas de véritables sentiments positifs pas plus qu'à l'égard de son mari que de ses filles. Sa forme d'existence restant le statut conjugal dans son aspect formel et social.

Matériel onirique : Nombreux cauchemars représentant des catastrophes diverses : où elle se voit piétiner par un cheval ou écraser sous les roues d'une locomotive.

Traitement : - Soutien directif
- Chimiothérapie thymoanaleptique

Retrait affectif, désinvestissement à l'égard du monde extérieur et de sa famille ; dévalorisation corporelle ;

Acte d'effacement total.

Observation 54. Eliane.

21 ans ; mariée ; un garçon décédé ; sténodactylo.

Situation familiale et ambiance conjugale : Elle s'est mariée après son accouchement. Mariage pour "régulariser une situation" mais qui dès le départ n'a pas de consistance, son mari continuant à vivre en célibataire s'absentant souvent et poursuivant des liaisons variées. Il n'existe aucune intimité affective.
Son mari ne travaille pas.

Circonstances déclenchantes : C'est dans le contexte que survient un drame : son enfant meurt à l'âge de 3 mois dans la nuit. Elle le trouve mort le lendemain matin dans son berceau, probablement par asphyxie.
Elle se sent responsable de sa mort :

> "Le soir où il est mort, j'étais seule. Mon mari n'était pas là. Je l'ai entendu pleurer. J'étais tellement en colère contre mon mari que je l'étais contre mon fils et je ne me suis pas levée."

Pour oublier plus facilement, elle reprend son travail de sténodactylo.

Passage à l'acte : "Le jour de la tentative, mon mari m'avait promis de venir me chercher après mon travail. Mais en vain. J'étais seule une fois de plus. Je l'ai cherché partout sans le trouver. C'est alors que j'ai décidé de réaliser mon suicide, idée que j'ai depuis plusieurs mois, pratiquement depuis que je "vis" avec mon mari.
J'avais envie de mourir, je suis rentrée chez moi et j'ai pris les cachets. Je me suis couchée en pensant à mon fils."

Commentaire :
- La réalisation suicidaire ne modifie pas la symptomatologie dépressive qui évoque la dépression de deuil.
- Le traitement thymoanaleptique, l'hospitalisation, les soins permettent une amélioration progressive.
- La relation conjugale reste ambivalente
dépendance, exigence, agressivité même si la culpabilité et la douleur liées à la mort de son enfant se sont estompées.
- Le geste permettait :
(- l'expiation et le chatiment de soi-même
(- d'échapper à la honte, au sentiment de faute
(- perte d'estime de soi-même ; besoin autopunitif.

L'Acte : paraît en continuité avec l'état de désinvestissement qui date de plusieurs mois.
La solitude a réveillé l'angoisse de culpabilité liée à l'image de son fils mort.
Par induction mimétique, l'association passive des images malheureuses réactive le secret désir régressif, fusionnel, archaïque où la mère se confond avec l'enfant et l'enfant avec sa mère.

Acte symptome et réalisation fantasmatique régressive.

Résumé Descriptif :

Obs. 46. Jean-Pierre :

Acte symptome où toutes les instances du sujet jouent dans le même sens : aboutissant à la désintrication pulsionnelle au profit de l'agressivité retournée sur lui-même, compte tenu de la culpabilité.

Obs. 47. François :

Rêve agi.

Obs. 48. J. :

Acte symptome élaboré, à valeur régressive : devant l'échec de l'affirmation virile (femme autoritaire de type phallique) il glisse vers la répétition de la situation pré-oedipienne de l'attachement au Père : relation duelle, avec reviviscence dans la position de l'angoisse, des fantasmes de castration. L'acte suicide mime la soumission avec un but de Nirvana.

Obs. 49. Suzanne :

Echapper aux sentiments dépressifs.

Obs. 50. M.J. :

Masochisme moral. Réaction autoagressive à l'acmé d'une querelle, rêve morbide agi.

Obs. 51. Simone :

Acte en deux temps : d'abord l'agitation clastique mimant la crise comitiale de son mari, puis la fuite suicidaire devant la confusion de la perte du sentiment d'identité.

Obs. 52. Joséphine :

Acte symptome vécu comme une transgression et qui devient libératoire, épuisant la crise.

Obs. 53. Rosine :

Désinvestissement global. Avec de nombreuses images oniriques de précipitation. Acte comme effacement total et rêve agi.

Obs. 54. Eliane :

Réalisation fantasmatique régressive.

*
* *

G - Névrose Hystérique Décompensée. 6 observations.

Observation 55. Monique.

30 ans ; mariée ; un enfant.

Circonstances : Depuis plusieurs mois, elle suit une cure d'amaigrissement avec l'appoint d'un anorexigène.

Quelques jours avant la tentative apparaissent des crises tétaniques franches qui réactivent une angoisse majeure.

C'est dans un véritable état de panique devant les crises tétaniques répétées qu'elle absorbe les anorexigènes pour ne plus souffrir.

Evolution : Dans le service, on assiste à plusieurs crises d'angoisse paroxystique avec crise émotionnelle dramatique spectaculaire et pathétique.

Le tableau cède avec une cure de sommeil a minima (Dioleptan - Valium I.M.)

Commentaire : Décompensation à la fois organique et psychique due à une cure d'amaigrissement sous lucofène. Personnalité hystérique.

Acte : comme fuite devant l'angoisse et la peur de la mort, avant la confusion émotionnelle.

Dernier geste libre d'un moi menacé.

Démarche globale, directe, sans grande valeur symbolique.

Observation 56. Marie-Thérèse.

25 ans ; mariée ; une fille ; licenciée de Sciences ; ne travaille pas.

Milieu parental : - Mère : sans profession.
- Père : Médecin
- Fratrie : 4ème d'une fratrie de 5.

L'image qu'elle donne du style éducatif est celle de la fermeté morale, du scrupule religieux, avec une "soumission" acceptée à l'égard du père ;
A son égard, elle éprouve une véritable adoration :

"J'aurais voulu que mon mari ait ses qualités d'affection, de bonté, de gentillesse, d'indulgence..."

Ambiance conjugale : Après de longues fiançailles (4 ans) le mariage lui révèle la réalité de la maladie de son mari atteint de comitialité. Elle est témoin de plusieurs crises et chaque fois elle a le sentiment qu'il va mourir.

Elle découvre chez son mari un caractère difficile, avec des emportements brusques avec de véritables accès de rage, en voiture par exemple, qu'il conduit très vite. Elle vit dans la hantise d'une nouvelle crise.

Situation conflictuelle : Elle reproche à son mari sa froideur, sa sécheresse, son inaffectivité. Mais elle ne supporte pas son absence :

"Loin de moi, je ne vois que ses qualités : sa droiture."
"Je reste convaincue de son affection mais l'orgueil lui interdit de le montrer. Je l'estime."

Sur le plan intime, les rapports sont pratiquement inexistants : "Mon mari n'a pas de goût pour cela, il refuse souvent."
Elle-même se reproche encore des rapports qu'ils eurent pendant les fiançailles :

"Dans ma famille, c'était le Mal avec un grand M."

Passage à l'acte : Ce jour, son mari "préférait manger avec ses collègues de travail", elle reste seule. A son retour elle déclenche une querelle, qu'il esquive en lisant un journal. Mais elle revient à la charge, en le provoquant, ce qui entraîne une violente colère de la part de son mari, au point de la frapper, mais il perd le contrôle et dans un accès de rage se tape la tête contre le mur.
A cet instant, elle avale le contenu d'un tube de barbituriques, les médicaments de son mari, devant lui, ce qui ne fait qu'augmenter sa violence.

"Au moment de l'ingestion, j'en avais marre, je ne voulais plus continuer à vivre."

"J'avais le sentiment que je ne pouvais plus m'occuper de ma fille et que toute façon ma mère et ma belle-mère le feraient à ma place."

"J'avais envie de dormir, de ne plus penser, que tout s'écroule dans le silence."

A ce moment, la violence de son mari la fait se réfugier chez une voisine.

"J'ai immédiatement compris mon erreur et que cela ne ferait qu'aggraver les difficultés, que cela ferait de la peine à mes parents et de plus sur le plan religieux, je n'étais plus en règle."

Elle révèle son geste à la voisine qui l'emmène à l'hôpital.

Evolution : Son geste est critiqué par un jugement moral.
L'impasse de la relation ambivalente avec sonmari reste aussi vive :

"Je ne peux plus le supporter, mais je ne peux m'en séparer."

L'amélioration se fait sur un projet de reprise d'une activité professionnelle.

Sentiments religieux : Croyante, pratiquante. Croyance en un au-delà.
Le sens de la vie sur terre est la souffrance, la croix.

Commentaire :
- Il existe chez cette malade une dépendance affective majeure avec des exigences permanentes, le désir de faire jouer à son mari le rôle de son père.
- Le spectacle des crises comitiales est un des facteurs déclenchants éveillant d'une manière abortive un vécu de deuil anticipé et le "que faut-il faire s'il est mort."
- Le matériel onirique révèle une permanence de l'anxiété au travers de rêves pénibles répétitifs : paysage en flammes, maison en flammes.

Le geste suicidaire s'intercale dans la séquence suivante :
(Agressivité - inhibition et désir de repos
(Acte suicidaire - culpabilité consciente et conduite de
(Réparation in extremis :
comme épisode relationnel d'une liaison névrotique placée en ce qui concerne notre sujet sous la loi du besoin autopunitif dans la structure d'un attachement oedipien où la "rivalité" n'apparaît pas, mais est culpabilisée.

L'Acte éclate : après le spectacle d'une scène destructive pure : la crise clastique du mari épileptique, elle va y participer dans une véritable relation mimétique.

Acte brutal, mais où ne manque pas la recherche délibérée d'un but équivalent du Nirvana.
Le sens symbolique de l'engagement est rudimentaire, il est de forme duelle archaïque.

Observation 57. Jeanne.

41 ans ; sans profession ; mariée sans enfant.
2 ème T.S. (Anafranil)

Situation familiale et ambiance conjugale : De milieu aisé, il existe une bonne entente apparente, basée sur une estime réciproque et le "respect d'un contrat"
Sur le plan sexuel : frigidité.

Antécédents : . Généraux : Tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse responsable d'une stérilité.
. Psychiatriques : - Elle a un long passé de symptomes divers avec des épisodes dépressifs qui lorsqu'on l'écoute, évoquent le pathétique permanent.
- Dans le même contexte, elle a déjà fait une tentative il y a un an.

Situation conflictuelle : Elle a construit depuis quelques années une relation idéalisée avec un personnage important inaccessible dont elle attend régulièrement le coup de téléphone amical.
Il s'agit d'une véritable passion sans qu'il n'y ait eu la moindre intimité réelle. Toutes les rêveries diurnes lui sont consacrées, et elle organise toute sa vie autour d'un coup de téléphone hebdomadaire. Le moindre retard de l'appel la plonge dans un véritable désespoir. Elle ne vit que pour cela, le centre de ses intérêts passe par "l'aimé".
Les idées suicidaires sont pratiquement permanentes avec des scénarios d'exécution tout prêts : elle devait se précipiter avec sa voiture au bas d'une côte. L'endroit avait été choisi et reconnu, sinon essayé. Pour satisfaire ses sentiments religieux, elle avait même prévu de communier juste avant de monter en voiture. Mais l'idée qu'elle pourrait être une rescapée estropiée lui fait préférer les médicaments.

Circonstances actuelles : Elle attendait ce jour-là ce fameux coup de téléphone : mais l'attente est déçue. Au bout de quelques heures, après avoir tenté de téléphoner elle-même sans succès, elle décide d'en finir.

Passage à l'acte :
- Elle réalise la tentative en tenant compte dans son organisation de la précédente. Elle triple la dose et se souvenant qu'elle avait vomi, elle calcule l'heure de la prise pour que l'effet mortel apparaisse dans la nuit pour ne pas alerter son mari.
- Après le départ de son mari, à 14 heures, elle avale les comprimés ; s'occupe du ménage. Les premiers malaises apparaissent vers 17 heures, puis bientôt les vomissements.
- A cet instant elle réalise que sa mort pourrait provoquer une enquête judiciaire et créer ainsi des difficultés à son mari. Elle prévient par téléphone son mari ainsi que son médecin traitant et se fait transporter à l'hôpital.

Evolution : Au réveil, on retrouve la voix pathétique, les plaintes pitoyables, une émotivité explosive, mais également et c'est nouveau, le désir de trouver concrètement un moyen d'échapper à sa passion morbide.
Névrose hystérique.

L'Acte Dans ce contexte, la "dramatisation agie" du suicide vient se couler dans un scénario qui lui permet de vivre danns une alerte permanente qui est son mode d'existence habituel.

Acte symptome, qui est aussi une tentative de rompre une dépendance qu'elle juge de moins en moins compatible avec la réalité, mais dont elle n'arrive pas à se sevrer.

Observation 58. Jeanine.

21 ans ; célibataire, sans enfant ;
2ème T.S.

Milieu familial : Mère et père éthyliques chroniques, ne travaillant pas.
Elle a vécu dans une atmosphère de scènes ébrieuses fréquentes où les coups n'étaient pas rares : elle se souvient avec une acuité toute particulière de cette nuit où elle essaie de séparer ses parents, ivres tous les deux, où sa mère frappait son père en visant électivement les parties génitales, confondant dans la réalité, les fantasmes d'une scène primitive sadique.
Entre les séjours hospitaliers, elle habite chez ses parents, sous les reproches incessants de son père qui ne tolère pas son apragmatisme.

Scolarisée jusqu'à 16 ans, avec un niveau de B.E.P.C., elle n'a aucune formation professionnelle. Elle a occupé des emplois épisodiques sans aucune continuité. Elle est en chomage actuellement.

Circonstances actuelles : Depuis quelques mois, elle vit avec un garçon de son âge chez lui : ce n'est pas la première tentative sentimentale, mais c'est la première fois qu'elle vit en concubinage et qu'elle a des rapports sexuels, qu'elle juge satisfaisants. Cette relation lui permet de s'éloigner de ses parents et estompe les problèmes matériels concrets.

Elle lui manifeste clairement son désir d'avoir un enfant, mais leurs relations s'engluent dans son avidité débordante. Son ami va provoquer la rupture, même avec des formes, il la met à la porte.

Humiliée, abandonnée une fois de plus, elle se voit contrainte de retourner chez ses parents où son père la reçoit avec réticence :
"Je ne veux pas te nourrir sans rien faire."

Elle aura le courage de faire pointer sa carte de chomage et le même jour tente de prendre contact avec une assistante sociale pour lui demander du secours, sans succès.

Passage à l'acte : De retour chez ses parents, elle s'occupe de son père, malade, appelle le médecin pour lui et ira chercher les médicaments.
Elle mange avec sa mère et ensemble ils regarderont la télévision. Dans sa chambre, elle se retrouve seule et cette solitude réactive l'angoisse qu'elle va essayer de combattre en "imaginant" son ami. Pendant plusieurs heures, elle va écrire sur un cahier, à l'intention de son ami :

"ce qu'elle ressent, ce qu'elle aimerait lui dire"
"Il fallait que je parle avec quelqu'un"
"Je voulais le voir, lui parler."

Dans cette agitation émotionnelle, elle essaie de trouver le sommeil avec un comprimé de Mandrax. Avec l'apparition de la somnolence, elle ressent un profond désir de ne plus "rien sentir, ni souffrir" et elle avale tous les autres comprimés. Elle voit "son ami à côté d'elle, une main sur son épaule pour la protéger."

"C'était quelque chose de naturel, que je devais faire"

geste accompli sans axiété, ni panique.

"J'étais sure que cela réussirait puisque toute la nuit allait se dérouler sans que personne ne vienne."

Idées suicidaires : "C'est une idée que j'ai presque en permanence, mais je pensais que c'était un signe de folie."
"J'ai accepté cette folie."

Sentiments religieux : "Je ne crois plus"
"Il n'y a rien après la vie."

Rêves : Dans le jour qui précède le retour chez ses parents :
Représentation de la mort de son père :
"J'avais de la peine dans ce rêve et en même temps j'attirais la sympathie et la pitié et cela m'était doux."

Evolution :

- Le comportement général évoque la névrose hystérique
- Au réveil, le désir d'en finir ne paraît pas épuisé : elle manifestera une énorme demande affective qu'il est impossible de satisfaire.
  Les entretiens, l'hospitalisation permettent de métaboliser progressivement les affects de ce nouvel abandon.

L'Acte : Après l'abandon et la solitude, elle tente de poursuivre le dialogue imaginaire avec l'objet perdu : mais la fantasmatisation reste inefficace et fait naître le désir de Nirvana, accepté dans le suicide, comme la transgression d'un tabou essentiel, plonger dans la folie, un saut dans l'abime, comme s'il s'agissait de réaliser un désir incestueux, avec sur le plan conscient le bénéfice de la sympathie posthume.

Observation 59. C.

24 ans ; célibataire ; jardinière d'enfant.

Milieu parental : Père : éducateur
Mère : puéricultrice
Fratrie : elle est l'aînée d'une fratrie de 6 enfants.

Antécédents : Scolarité : A l'âge de 14 ans, malgré des facilités intellectuelles, elle ne travaille plus. Elle est placée en internat pour permettre une plus grande efficacité scolaire. Elle passera un C.A.P. de jardinière d'enfant.

Comportement habituel : Elle a toujours présenté des difficultés relationnelles à l'extérieur de la famille. Elle reste en retrait avec le sentiment de déranger les autres, de ne pas savoir faire comme les autres.

Elle se raccroche désespérément à sa famille. Elle avait essayé de prendre une chambre en ville, loin de ses parents, mais elle n'a pu l'habiter, ne pouvant dominer l'angoisse de la solitude.
Dans ses rapports avec les autres, elle passe de la rupture à l'avidité insatiable au point d'épuiser tout son entourage, au premier chef sa mère. Elle peut des heures entières resasser ses plaintes monotones :

> "Je ne vaux rien. Je suis une incapable, une ratée. La vie n'a plus d'intérêt. Vous qui m'avez mise au monde, vous devez me dire comment il faut vivre."

Circonstances actuelles : Elle travaillait dans une maison d'enfants (qui lui fait confiance) et gagne sa vie. Elle s'intéresse depuis quelque temps au Boudhisme, mais "comme à l'accoutumée" laisse ses entreprises à l'abandon.
Elle est généreuse, mais imprévoyante, et ne sait pas s'organiser dans la vie quotidienne. Elle ne manque pas de goût et crée de jolies choses en décoration.

Sur le plan sentimental, elle n'a tenté aucune aventure :

> "Qui est capable de me supporter, de vivre avec moi ?"

Les idées de suicide existent depuis trois ans, elle a fait plusieurs répétitions générales, soupesant tous les moyens : la défénestration, la pendaison, la noyade, le gaz.
Elle comptabilise ses échecs, dans un dénigrement et une dévalorisation systématique.
Toute personne qui se propose de "l'aider" se voit contrainte à une prise en charge totale, elle s'installe alors dans une dépendance totale dont l'interruption ouvre la trappe du suicide latent : elle parle alors de "sa mort désirée", dans cette provocation morne où elle cherche à détruire l'interlocuteur : à ses parents elle écrit :

> "Je voulais vous parler de ma mort, mais votre regard s'est détourné. vous ne prêtez plus une oreille attentive, vous avez peur, vous ne voulez pas savoir ; il n'est pire danger pour celui qui veut l'aider, que l'homme qui se noie."

Pendant plusieurs jours, elle fait son bilan vie ou mort :

> "La honte de vivre mal, la lucidité du désespoir. La souffrance. Les illusions dissipées. Les chances détruites. Mon âme est morte. Je ne peux accepter d'être réduite au plaisir des sens, comme les bêtes. La vie, une pourriture lente. Avoir honte à en crever, la mort est si simple. C'est un grand réconfort de savoir qu'il n'y a plus aucune chance de s'en sortir, de ne plus se débattre, de n'être plus déjà dans le piège de la vie."

Passage à l'acte : C'est au terme de ce bilan qu'elle décide de se tuer. Le détail de l'exécution est préparé plusieurs semaines à l'avance : cela se fera en famille, dans le chalet des vacances de Noël.
Là, en effet, sans modifier le scénario, elle absorbe les médicaments amenés à cet effet, en profitant de l'absence de sa famille et ayant organisé son isolement relatif.

Evolution : Au réveil, peu de choses paraissent changées : les mêmes exigences affectives, l'extrême dépendance quasi vitale de l'apport extérieur, les déclarations itératives stéréotypées d'incapacité. Il faudra plus de trois semaines pour interrompre la demande répétitive.

Profil psychologique :
Le Problème essentiel exprimé est celui des rapports mère-fille (les hommes étant mis à l'écart). Elle entretient des désirs régressifs avec une difficulté à prendre son autonomie (passivité et crainte des rapports sociaux) et une demande affective intense allant jusqu'à l'exigence de maternage.
L'agressivité n'est pas exprimée, il y a peu de défense du MOI, avec des persévérations affectives et persistance des besoins. Les moyens de défense sont négatifs : mise à distance, négation et soumission au destin.
Inhibition affective, impuissance sociale, fuite dans les rêveries, attente de solution plus ou moins magique.
La méconnaissance de son agressivité, la faiblesse des moyens de défense, la structure hystérique doit faire craindre la récidive.

L'acte : est particulièrement élaboré dans une démarche où toutes les instances sont engagées, en continuité avec la symptomatologie habituelle. Identification régressive, avec refus du corps, assimilé à la pourriture au devenir excrémentiel, scatologique : se voyant elle-même comme un contenu abject qu'il faut éliminer car il est déchéance.

Observation 60. Madeleine.

40 ans ; mariée ; une fille de 13 ans.

Milieu familial : - A l'observation, le couple paraît uni, et dans tous les cas un mari très attentif aux désirs de sa femme

"Il est doux, gentil et fait tout ce que je vaux."

- Une fille de 13 ans :

"Ma fille, elle a déjà du succès ; c'est ce que j'ai fait de mieux dans ma vie."

Antécédents :
- Etat dépressif il y a un an, traité en ambulatoire.
- Et depuis, toujours une somatisation majeure de l'anxiété : tachycardie, palpitation, striction pharyngée, algies diverses, léger tremblement pour lesquels un bilan thyroïdien a été pratiqué et qui est négatif.
- Depuis 10 jours environ, ces symptomes sont majorés et l'état dépressif s'aggrave lassitude, adynamine pénible, tracas. Les cauchemars pénibles s'accumulent ("où elle nettoie l'appartement")

"Je ne suis plus comme avant."

On trouve également des fantasmes diurnes, avec anticipation péjorative et impression d'un danger imminent, en particulier pour sa fille : "peur de la retrouver estropiée, sans jambe."
- Elle insiste beaucoup dans un halo de culpabilité sur des difficultés sexuelles une frigidité qui n'est plus tolérée.

"Avant je ne m'en souciais pas, maintenant je ne supporte plus de ne pas jouir, d'autant que le désir est exacerbé."

Il y a un an environ, pour "guérir" elle a une liaison extra-conjugale, qui n'est pas satisfaisante, mais qui plus est, réactive une culpabilité qui n'arrive pas à s'éteindre.

Passage à l'acte : C'est après un rapport conjugal, qui a entraîné un état de tension extrême et d'agressivité, qu'elle tente de se sectionner les veines de l'avant-bras, geste accompagné de l'ingestion de tous les tranquillisants qu'elle avait à sa disposition.

Evolution : Pendant l'hospitalisation, si la thymie est améliorée, les symptomes subjectifs sont tout aussi importants. Sans que l'on puisse parler d'une quête spectaculaire, elle exprime une importante demande de présence et d'échange.

Elle quitte le service avant sa guérison, effrayée par la ronde des cafards entrevus la nuit précédente.

Etat dépressif dans le cadre d'une névrose hystérique décompensée.

L'Acte : se déclenche après une activité sexuelle, équivalente d'une masturbation anorgasmique, dans un geste libératoire comme engagement : symbolique dans des fantasmes équivalents, des thèmes de castration.
La structure dépressive offre un but autopunitif.

La tentative est une authentique régression puisqu'elle va aboutir à aggraver l'inhibition sexuelle, sans pour autant liquider la culpabilité.

Résumé Descriptif :

Obs. 55. Monique :

Fuite devant l'angoisse et la peur de la mort. Dernier geste d'affirmation avant la confusion d'un moi menacé par l'émotion envahissante.
Démarche globale directe, sans valeur symbolique.

Obs. 56. Marie-Thérèse :

Participation mimétique au spectacle d'une crise clastique du mari épileptique. Acte brutal, mais on ne manque pas la recherche délibérée d'un but équivalent du Nirvana. Le sens symbolique de l'engagement agi est rudimentaire, de forme duelle archaïque.

Obs. 57. Jeanne :

Dramatisation agie : acte symptome pour rompre une dépendance.

Obs. 58. Jeanine :

Réalisation fantasmatique, transgression, engagement imaginaire sans grande valeur symbolique.

Obs. 59. G. :

- Acte élaboré où toutes les instances sont engagées en continuité avec les symptomes habituels.
- Régression vraie, par identification projective.

Obs. 60. Madeleine :

Acte régressif, qui ne lève pas l'inhibition névrotique.

*

* *

H - Sujets dont la Symptomatologie évoque un PROCESSUS PSYCHOTIQUE : 15 observations

---

Observation 61. Nicole.

23 ans : célibataire.

Milieu familial :
- Origine antillaise. Père haut-fonctionnaire.
- Elle présente sa famille comme étant dissociée. Son père aurait fait venir au foyer une fille née hors du mariage et l'a imposée à la famille.
- C'est à travers cet évènement qu'elle voit ses relations avec tous les autres membres de la famille, décrivant des relations incestueuses entre une de ses soeurs et son père (il s'agit peut-être de fantasme).

Biographie : Elle quitte sa famille pour venir travailler à Paris comme secrétaire au Ministère des Finances. Elle est efficace dans son travail jusqu'à l'âge de 20 ans. A cette époque, elle vit une liaison régulière qui se termine par une grossesse. Son ami exige et organise matériellement l'avortement, contre son gré. A partir de là, elle paraît se désorganiser.

Antécédents : Elle abandonne son travail, erre de ville en ville, avec de temps en temps un séjour en clinique spécialisée. Plusieurs tentatives de suicide émaillent cette fuite continue : auto-intoxication, fugue, défénestration.

Symptomes : Outre l'apragmatisme et la dromomanie, on note des idées obsédantes et phobies d'impulsion :

"Chaque fois que je vois un enfant, j'ai envie de l'enlever et de lui faire du mal."

Pour fuir cette idée obsédante, elle préfère changer de ville, se faire hospitaliser et en dernier ressort se tuer.

Etat actuel : Elle se trouve depuis quelques mois à Grenoble à la recherche de travail et vit chez un ami étudiant. Ces derniers jours elle ne dormait plus, avec de fréquentes crises d'angoisse.
La veille de la tentative, elle est allée au cinéma avec des amis voir : "Jeux Interdits."
Le matin au réveil : elle se sent incapable de bouger, avec une impression de poids sur le corps. Elle apeur. Elle demande à son ami de rester avec elle, sans succès. Elle se lève enfin, se rend à la cafeteria de la résidence pour prendre son petit déjeuner, puis de retour dans sa chambre, avec le même sentiment de malaise, de "dégringolade", elle avale les comprimés prescrits par un médecin pour son insomnie.

Evolution : Alors qu'il n'existe pas de détérioration intellectuelle, on note dans le récit de fréquente désorganisation, destructuration : le discours ne s'ordonne plus, la synthèse des différents éléments est maladroite, qui en impose pour un processus dissociatif.
La dépersonnalisation se retrouve dans les épreuves projectives : dessin mal organisé avec de fréquentes irruptions fantasmatiques, sans que l'on puisse reconnaître un délire.
Les thèmes de ses plaintes restent liées à la culpabilité sexuelle, avec un énorme repli sur soi, rendant impossible toute vie relationnelle, tout en étant très dépendante du service.
L'importance de l'apragmatisme et de l'anxiété toujours présente malgré le traitement nous amène à trouver pour elle un cadre hospitalier de longue durée.

L'Acte : est ce geste encore possible avant la confusion de la "folie" : Geste répétitif dès qu'une circonstance réveille l'angoisse du symptome. Phobie d'impulsion.

Acte d'un moi qui ne vit pas seulement le clivage, mais le morcellement, l'éclatement.

Observation 62. Marie-Jeanne.

23 ans ; célibataire ; aide-soignante ;
2ème tentative de suicide.

Antécédents : Cette même année, elle fait un premier séjour en milieu psychiatrique à Annecy pour un état dépressif.

Au réveil et pendant son court séjour (transfert à Annecy) on ne peut que noter une séméiologie, les entretiens n'étant pas possibles.
En effet le contact est très difficile, les réponses sont lentes et pauvres avec de nombreuses ruptures, et barrages, mais qui laissent filtrer une angoisse intense l'autisme et qu'elle exprime de manière stéréotypée et monotone sous forme de striction thoracique pénible.

La problématique du passage à l'acte ne peut être abordée, la malade étant trop inhibée.

Mais le diagnostic qui prévaut est celui d'une invasion schizophrénique à forme hébephrène.

Observation 63. André.

21 ans.

Il s'agit d'un sujet brillant jusqu'à l'âge de 18 ans. Il présente alors une invasion délirante à thèmes mystiques prévalents avec des conduites hétéro-agressives médico-légales.
Il a fait plusieurs séjours en milieu psychiatrique et le processus dissociatif se complète pour dessiner une schizophrénie à forme paranoïde.
Il est stabilisé depuis quelques mois, sous traitement neuroleptique et tente depuis peu de reprendre une activité dans un institut universitaire de technologie.

Passage à l'acte : C'est la conscience qu'il a des difficultés de cette reprise et le sentiments d'un échec qui se prépare à terme, qui déclenche la démarche suicidaire.
Immédiatement après avoir avalé ses comprimés, il se reprend terrorisé un instant par l'idée de mourir et prévient sa mère et organise lui-même efficacement son hospitalisation pour un "lavage" et une surveillance qu'il réclame.

Evolution :

La préoccupation majeure pendant son court séjour reste pour lui l'éventualité d'un déficit intellectuel et ses doutes quant à sa capacité de reprendre une vie universitaire "normale".
Sur le plan séméiologique, c'est surtout le retrait effectif qui dominait, sans délire ni dissociation accusée.

Commentaires : La démarche suicidaire est paradoxalement chez lui :

- une démarche rationnelle devant le manque de dynamisme, la perte de contrôle sur le monde extérieur et intérieur
- une fuite devant les sentiments d'impuissance
- une intellectualisation excessive et l'incapacité de sentir
- une façon d'échapper à la mort lente et au déclin

mais sauvé par une panique et l'angoisse d'un danger plus grand, d'un inconnu plus hermétique encore : la mort.

L'Acte : a paradoxalement l'allure, non d'un symptome psychotique, mais d'un acte d'existence, à dynamisme progressif et non régressif.

Observation 64. Dominique.

31 ans; mariée ; 3 enfants.

La tentative de suicide dans cette observation est un incident évolutif au cours d'un état paranoïaque à thèmes persécutoires. Elle est suivie depuis longtemps par un psychiatre. Le traitement neuroleptique avait permis une maîtrise relative des idées persécutoires et du syndrome d'influence dont elle peut révéler avec une certaine critique le contenu :

> "J'avais l'impression que quelqu'un était capable de provoquer des images pénibles comme des serpents et des araignées, pour me faire souffrir."

Mais depuis quelque temps, elle est envahie "d'idées noires" avec tendance à la rumination sombre. Elle se désintéresse des faits quotidiens mais toujours dans un sentiment pénible proche du dégoût de la vie. La note persécutoire entretient ce tableau dépressif. Elle vit sur le qui-vive et se sent menacée par un entourage hostile.

> "J'en avais assez, je ne pouvais plus supporter ce danger permanent et je n'avais plus envie de vivre."

Passage à l'acte : La démarche suicidaire est immédiate, sans préméditation, mais conduite consciemment. Elle utilise à dessein les neuroleptiques qu'elle a à sa disposition.

Au réveil, elle reste réticente et perplexe, mais quelques jours d'un traitement mixte neuroleptique et thymoanaleptique transforme le tableau et autorise la sortie et un traitement ambulatoire.

Commentaire : Le geste permet d'échapper à la menace, mais est également soumission à une puissance destructrice à un verdict surnaturel. La perte du sentiment d'intimité personnelle, le désintérêt n'autorisent plus d'autre défense que cette réaction de fuite et de catastrophe; car elle ne se supporte plus, comme elle ne supporte plus le monde.

L'Acte : Terrorisée par la projection délirante, le désengagement dépressif secondaire n'offre plus les vecteurs habituels de l'insertion dans le réel l'acte suicide se présente comme le signe de l'identification à la menace persécutoire avant le chaos de la confusion.

Observation 65. Th.

53 ans; infirmière ; célibataire, sans enfant.
T.S. au Gardénal. Coma = 3

Rechute délirante, chez une malade présentant une psychose délirante hallucinatoire, jusque là bien enkystée.
Depuis quelques semaines, elle se sent épiée, surveillée, suivie dans la rue.
Le speaker de la radio s'adresse à elle ; elle interprète l'attitude de son entourage. Les persécuteurs utilisent les moyens de transmissions modernes et scientifiques. Elle perçoit des radiations qui doivent agir à distance sur son corps.
Elle se "défend" d'abord par des lettres aux autorités, mais quand elle s'aperçoit que même dans les "lieux intimes" on peut la surprendre, elle n'en peut plus et décide de disparaître.

> "Violer ainsi la vie des gens, c'est contre la morale ; être surveillée constamment par la télévision ce n'est plus supportable. Je voulais en finir, j'en avais assez de cette vie."

Evolution : Le coma a apporté une sédation transitoire, mais les neuroleptiques furent nécessaires pour maîtriser l'agitation. Toutefois, l'échappée suicidaire ne s'est pas renouvelée ; dans le service, elle se sentait en sécurité, à l'abri des indiscrétions "habituelles".
Chez cette malade, le geste est une fuite devant une irruption menaçante délirante mais qui pour elle a la densité esthésique du réel.
On évoque également l'abandon à une puissance destructrice et la perte de toute intimité personnelle. Les lettres envoyées avant la conduite d'autolyse désignent le persécuteur nominalement (un beau-frère) permettant ainsi "l'exécution posthume", dans un monde par ailleurs intolérable.
La vie dont on perd le contrôle ce n'est pas acceptable.

L'Acte : La réactivation des productions délirantes, impose pour le sujet des décisions urgentes, car elle se "projette" dans un risque vital, qui exige un geste de légitime défense ; elle choisira le crime symbolique dans l'identification à la victime imaginaire et à la puissance destructrice, dans un acte de détresse.

Observation 66. Gabrielle.

29 ans ; origine hongroise ; mariée ; une fille de 2,6 ans.

Milieu parental : Sa mère est morte en Hongrie lors d'un bombardement.
Son père l'a abandonnée.

Antécédents : Elle vient d'accoucher mais pendant sa grossesse, elle fut dépressive et elle a pensé plusieurs fois au suicide idée qu'elle maîtrise grâce à la présence de sa fille qui ne la quitte pas.

Comportement habituel : Etiquette d'originalité ; s'intéresse "normalement" à la science astronomique.

Circonstances actuelles : 24 heures après l'accouchement, elle réclame sa fille de 2,6 ans, négligeant son nouveau né. Elle exige qu'on lui amène sa fille.

> "J'avais besoin d'elle."

Devant le refus des infirmières :

> "J'étais prise d'un désir puissant de mourir, quelque chose de fulgurant. J'avais un besoin urgent de ma fille."

Passage à l'acte : - Elle arrache les ciseaux d'une infirmière et se blesse profondément les seins.

- Au décours de la tentative, elle fait une bouffée délirante, dans une thématique cosmique : choc des neutrons, rencontre explisive avec la terre.

Cet épisode cède en 24 heures : il est critiqué et mis par la malade sur le compte d'une crise émotionnelle.

Psychose latente, réveillée par la puerpéralité.

L'acte : symptome psychotique.

C'est dans cette observation que nous rencontrons de la manière la plus explicite la fulgurance du besoin impérieux de se tuer, en réponse à un obstacle réel à sa tentative d'identification possessive avec sa fille aînée. Le contexte évoque le rôle d'une confusion organique où toutes les fonctions du réel ont disparu avec une émergence libre des pulsions destretrices sadiques.

Observation 67. Simone.

59 ans ; mariée ; 2 enfants : un garçon et une fille.

Antécédents personnels : Elle a fait plusieurs tentatives de suicide et plusieurs séjours en milieu psychiatrique. Mais elle ne prend plus de traitement depuis plusieurs années.

Antécédents familiaux: - Sa mère est morte lors d'une tentative d'autolyse par asphyxie au gaz.

- Une soeur de la malade est traitée en milieu psychiatrique pour une psychose délirante.

Symptomes : Au réveil, le tableau psychiatrique reste intense et permet de retrouver la séméiologie d'un délire passionnel bruyant : dans son discours véhément, il existe une accumulation de griefs et une haine à laquelle aucune personne de son entourage n'échappe. Au premier chef, son mari objet d'une jalousie féroce, d'un mépris incommensurable, d'une agressivité extrême au point d'aller jusqu'au passage à l'acte meurtrier.

Passage à l'acte : C'est en effet avec le dynamisme de cette psychose passionnelle qu'elle se précipite ce jour sur son mari, en l'accusant de toutes les tromperies et tente de le frapper avec un couteau de cuisine à plusieurs reprises : geste perpétré dans une agitation extrême.

Après cette tentative de meurtre, elle s'enferme dans la cuisine et tente de s'asphyxier au gaz.

Evolution : C'est le fils qui découvre le père, blessé légèrement, et la mère dans le coma. Malgré une amélioration notable obtenue sous traitement neuroleptique, la malade est internée à l'hôpital psychiatrique avec l'accord empressé de la famille :

Exemple éclatant du risque de certains états psychotiques dont l'explosion agressive trouve sa conclusion extrême dans le suicide homicide : supprimant dans le même temps et l'objet et le sujet.

L'Acte : réalise dans la projection d'une réalité délirante, l'enchainement de la destructivité agressive : d'abord hétéro-agressive et dans le chaos, l'autodestructivité, sans qu'intervienne le moindre sentiment expiatoire ou de culpabilité.

Observation 68. Nicole.

24 ans; mariée, une fille.
Dans cette observation, la tentative de suicide est un épiphénomène, un accident dans l'évolution d'une névrose grave qui empoisonne l'existence de la malade et du foyer.

Milieu parental : Se caractérise surtout par une ambiance puritaine, une éducation d'une extrême rigueur avec des références manichéennes. Elle est fille unique.

Développement symptomatique : Elle a le génie de la névrose obsessionnelle : d'abord de simples traits : goût de l'ordre, du rangement, minutie dans tous les travaux, mais où les précautions hygiéniques ont une importance grandissante. Jusqu'à son mariage, il n'y a rien qui inquiète son entourage. C'est son mari qui va découvrir la gravité des symptomes qui vont se manifester surtout dans les rapports conjugaux qu'elle refuse généralement ou qu'elle subit avec dégoût, surtout dans sa note de "souillure."
Elle avait honte d'être enceinte, le gynécologue n'a pas pu l'examiner.
Après la naissance de sa fille, le comportement s'aggrave. Il va s'y ajouter la hantise de la grossesse, avec des cauchemars répétitifs : "rêve de terreur devant l'aménorrhée." Pendant la grossesse, la seule évocation d'un rapport possible entraînait un vomissement.
Quelquefois, on assiste à des ruptures et irruption de fantasmes, avec des associations déréelles ; à son mari qui lui conseillait de consulter un médecin pour sa froideur dans les rapports, elle répond avec une extrême violence :

"J'en ai assez de cette dégueulasserie, de recevoir de la merde."

Circonstances : Son mari revenant d'un déplacement exige ce soir-là une relation intime. Le lendemain, elle décide de se tuer :

"puisque je suis une mauvaise épouse."

Dans un état de très grande agitation, elle se précipite chez un armurier pour acheter un revolver et on lui vend effectivement une petite arme d'alarme. Son mari alerté par sa confusion la surveille et intervient pour lui enlever le revolver, puis dans la même impulsion rageuse, elle prend les comprimés de Dormopan avant que son mari n'ai pu esquisser un geste.

Evolution : Névrose de caractère à structure obsessionnelle, décompensée, avec un comportement suicidaire d'une grande violence, qui évoque la destructuration psychotique transitoire. En effet les entretiens ultérieurs retrouvent la séméiologie habituelle mais pas de note délirante et on peut envisager sa sortie sous surveillance psychiatrique.

L'Acte suicide chez cette malade est particulièrement significatif et il faut essayer de l'expliciter plus que par le terme générique d'impulsion ou de raptus.
Nous avons au départ un état psychopathique à structure obsessionnelle qui est probablement une psychose latente.

A l'occasion d'une confrontation sexuelle, se produit une régression qui touche à la fois le conscient et l'inconscient :
- Régression du MOI avec une véritable identification scatologique
- Le MOI Réalité disparaît, comme le prouve la représentation cloacale de la génitalité.
- Régression de la libido, sur la forme de la libido sadique anale dans sa composante sadique, active et non rétentionnelle, compulsive.
- Mais également une certaine destructuration du système conscience-perception, comme en témoigne la précipitation confuse.

Le niveau de la régression atteint nous fait dire et craindre qu'il aurait "également" pu s'exprimer par un acte meurtrier sanglant sur une personne extérieure.

Observation 69. Juliette.

I5 ans.
Il s'agit d'une fille obèse (117 kg) qui présente sur le même ton détaché et monotone, les faits anodins comme les faits dramatiques.
Elle a déjà réalisé deux tentatives de suicide avec coma.

Antécédents : Elle a commencé à prendre du poids à l'âge de 6 ans :

"On se moquait toujours de moi, on me menaçait de me manger tellement j'étais grasse."
"A cause de cette obésité, on m'a toujours traitée comme une dingue."

Les deux tentatives précédentes se sont déroulées sous le coup d'une "émotion froide" mais dans des circonstances banales :

"J'étais énervée intérieurement, mais je ne pouvais pas taper sur quelqu'un, comme mon père le fait quand il est énervé."

Situation actuelle : L'importance de l'obésité, la caractérose ne lui permettent pas de suivre une scolarité normale. Elle était placée depuis 10 jours et contre son gré dans une maison de repos.

"Je ne voulais pas rester dans cette maison ; on m'empêche de rejoindre mon amoureux" (il s'agit en fait d'un homme marié pour lequel elle éprouve une passion unilatérale).
" Je voulais mourir. Depuis quelques jours, j'avais le pressentiment d'un malheur, mon frère s'est d'ailleurs coupé les doigts il y a 15 jours."

Elle avale ses comprimés en donnant l'alerte. Elle avait d'ailleurs annoncé à l'entourage son intention de se suicider.

"Mais on ne m'a pas crue."

Commentaire : L'importance de l'obésité, la répétition des gestes d'autolyse la discordance affective en imposent pour une caractérose psychotique.

Le suicide évoque le geste d'autodestruction pur et renvoie à ces blessures qui atteignent les autres et qu'elle vit toujours avec un angoissant malaise :

- la mort de son frère qui fait une chute en montagne
- le spectacle de sa grand-mère dans le coma
- l'amputation des doigts de son frère

En effet, lorsqu'elle par de ces faits, ce que l'on découvre dans son discours, ce n'est pas tant le deuil du frère ou la souffrance, mais la sensation vécue corporellement du corps qui éclate dans la chute, la main sanglante et les doigts qui tombent.

L'Acte sur une identification mimétique, non à l'égard d'un autre sujet, mais d'un vécu corporel pénible de blessure.
L'appel et l'alerte n'est pas l'expression d'un simulacre, mais plutôt le témoin de la division qui laisse une partie du MOI en continuité avec l'existence habituelle et reste capable de reconnaître le danger du processus mis en jeu.

Observation 70. Michel.

29 ans ; marié ; 3 enfants.

Milieu parental : Père : Brigadier des Eaux et Forêts
Il est décédé à 62 ans d'un néoplasme digestif.
Mère : 61 ans ; insuffisance cardiaque.
Fratrie : une soeur de 33 ans : mariée, 2 enfants
un frère jumeau, instituteur
une soeur de 27 ans, mariée, 4 enfants, hôtelière.

Antécédents :
- A l'âge de 3 ans, état de choc avec perte de connaissance sous l'effet d'une explosion de bombe pendant la guerre.
- Scolarité : jusqu'à 17 ans.
Passe le certificat d'études, puis un C.A.P. de carrossier.

Evénements biographiques : à valeur thématique, significatifs pour le malade

- A 5 ans : souvenir du spectacle d'un accident où un bébé se fait écraser par une voiture.
- A 12 ans : au cours d'une bagarre banale, pour se défendre contre un garçon qui l'importunait, il lance violemment un couteau qui va se "planter" dans le dos de son adversaire.
"Je me suis enfui, en voyant le sang couler. J'ai caché le couteau."

Il en garde un souvenir très vivant , "esthésique."
"Le bruit du couteau qui entre dans le dos "
"La vue du sang".
- A 22 ans, il perd son père : il présente dans la suite un "deuil morbide" qui dure plusieurs mois et qui en fait n'est pas encore liquidé (dégoût, désintérêt, ennui, insatisfaction)

Comportement habituel pendant l'enfance et l'adolescence :

Il a un"statut"spécial dans sa famille : c'est "celui" qui ne supporte aucune remarque, toujours "à cran". Une sensibilité d'écorché vif.

Ambiance conjugale : - Il se marie à 25 ans, avec "une fille de son pays", plus jeune de 7 ans.
- Il vit ce mariage avec un sentiment de mésalliance : "elle est d'un milieu ouvrier, mes parents étaient fonctionnaires."
- Trois enfants rapprochés
- Pas de difficultés sexuelles.

Vie professionnelle :

- Depuis toujours, voulait être garde forestier, mais son père s'y était opposé et lui avait conseillé de passer un C.A.P. d'artisan comme carrossier.
- Après un essai dans le monde automobile, il s'engage comme ouvrier forestier et prépare l'examen de garde-forestier, qu'il réussit.
- Rapidement, il entre en "conflit ouvert" avec un supérieur hiérarchique. Le conflit est tel qu'il est obligé de quitter la profession : avec le sentiment d'une injustice, d'une humiliation grave, et méditant des idées de vengeance. Pendant 6 mois, il ne travaille pas, il est traité pour un"état dépressif".
- Reprise d'une activité différente, dans une usine de chaussures, où il tient une presse.

> "Mais j'avais honte d'avoir perdu mon métier, je m'isolais de plus en plus."

et amorce une conduite éthylique régulière. Il devient de plus en plus irascible ne supportant aucune contrainte. C'est dans ce contexte qu'il va connaître son deuxième licenciement et dans le sillage sa première tentative de suicide :

> "A l'annonce de mon renvoi, je suis devenu comme fou, je me suis ouvert les veines le soir même, mais surtout j'étais pris par l'envie de tuer l'auteur de cette nouvelle injustice."

Depuis cette date, il est en congé de longue durée : avec comme symptome résiduel la permanence d'une idée compulsive meurtrière, que le moindre fait divers crapuleux vient alimenter et réveiller. Sa défense essentielle est l'image de ses enfants. Sur ce fond paranoïaque, se développe un état dépressif avec des sentiments d'incapacité, de ruine, d'échec répété. Il trouve un certain soulagement dans la compagnie des hommes au café autour du verre de vin.

Passage à l'acte : Le jour de la tentative, il se sentait plutôt en forme. Il rencontre quelques amis et ensemble ils vont boire un peu d'alcool. De retour à la maison, il prend un comprimé de Binoctal.
A partir de ce moment-là, les souvenirs sont imprécis : il a l'impression qu'il s'est endormi un peu, puis réveillé il enjambe le balcon : au moment de lâcher prise, il se souvient d'avoir entendu sa femme crier "Pense à tes enfants" ce qui interrompt son geste.
Il revient dans l'appartement et là menace sa femme, puis vide le contenu d'un flacon de barbiturique. Sa femme le fait hospitaliser.

Commentaire :

- Dans cette observation, où le diagnostic de psychose délirante paranoïaque de type revendicatif et persécutoire est évoqué, on reste frappé par la juxtaposition, la coexistence de l'idée de meurtre, de vengeance, et du suicide.

- On retrouve dans l'adolescence des symptomes qui dessinent un état prépsychotique avec ses impulsions dangereuses dans lesquelles il est corporellement impliqué; les représentations projectives de cette tendance à l'Agir sadique, que l'on peut reconnaître dans les tests, où les sujets représentés sont attaqués, meurtris blessés, pénétrés, pourraient être un élément pronostic quant au risque de réalisation des actes interdits : meurtre - suicide - pervers.

L'Acte : Les souvenirs sont flous : l'association alcool-barbituriques ayant certainement provoqué un empâtement de la conscience vigile de type ébrieuse où l'acte suicide émerge comme les autres gestes de l'ivresse pathologique (E.E.G. négatif) mais sans que l'on puisse affirmer qu'il s'agit d'une scène onirique.

Observation 71. Suzanne.

48 ans ; mariée ; sans enfant ; secrétaire.
3ème T.S. (Anafranil - Melleril - Sonuctane)

Situation familiale :
1) premier mariage à 24 ans : Décès de son mari en 1951 d'une méningite tuberculeuse. Pas de dépression après la mort de son mari.
2) Deuxième mariage en 1955 : Avec un ami de son mari : maçon, coiffeur et quelquefois moniteur de ski.
L'entente est excellente. Il n'y a jamais eu d'accrochage important dans le couple. Ils n'ont pas de soucis financiers. Pas de dettes. Propriétaires de l'appartement qu'ils occupent.

Milieu parental : - Père : vit encore ; 76 ans. Chef de chantier.
Violent de caractère : elle se souvient encore des corrections magistrales
"Sinon il avait un coeur d'or."
- Mère : 68 ans ; elle travaillait comme échantillonneuse à Paris.
"Tendance à broyer du noir" mais sans dépression clinique.
Le couple parental vivait en bonne entente. Fille unique.

Biographie : Scolarité jusqu'à 14 ans. Elle a travaillé tout de suite après.

Antécédents : - Généraux : Péritonite tuberculeuse responsable d'une stérilité qui n'a jamais été acceptée.
- Dépressifs : 1) Présentant de temps en temps, deux fois par an, des périodes d'asthénie pénible avec ruminations tristes, pleurs immotivés et tendance à l'isolement.
2) Première T.S. en 1968 (Nozinan)
"Je me voyais incapable, bonne à rien."
Hospitalisée en milieu psychiatrique et suivie par la suite par un psychiatre

3) En 1970 : . nouvel épisode dépressif avec tentative de suicide : hospitalisation de plusieurs mois
. en même temps que son mari qui fait lui aussi un accès dépressif grave.
Elle a essayé de reprendre une activité professionnelle jusqu'en janvier 1971, sans succès : depuis elle est en congé maladie de longue durée.

Episode actuel : Depuis quelques jours, aggravation nette (sous traitement thymoanaleptique) de la lassitude matinale
"J'avais l'idée que je n'arriverais pas à faire mon travail. J'étais anéantie. Je me faisais une montagne des choses les plus simples."
Amélioration de l'inhibition en fin de soirée.
Le jour qui précède la T.S.: Une journée comme les autres. Pas de contrariété mais elle apprend que son père est malade.
Le matin du jour de la T.S. : Elle se lève sans entrain. Elle prépare son petit déjeuner, seule, son mari étant déjà parti. Elle prend son petit déjeuner. Elle veut faire un peu de ménage :
"Mais je ressentais une immense lassitude. Aucun courage."
Péniblement, écrit quelques mots à son mari.
"Je suis bonne à rien. Jamais je ne guérirai."
Sentiments d'incurrabilité et la certitude que personne ne pourrait rien pour elle
Elle n'a pas essayé d'appeler.

Passage à l'acte : Dans le même enchaînement, elle avale les médicaments avec une "douleur morale" encore plus dense et intense. Elle se lève, prépare le déjeuner de son mari, s'allonge un peu, de plus en plus "douloureuse", puis se relève encore pour mettre la table.
A l'arrivée de son mari, il s'aperçoit de la rechute, mais elle ne lui dit rien : prévenu par les épisodes précédents, il la conduit dans le service.

Sentiments religieux : - Croit en un Dieu "bienveillant", mais pas à la résurrection.

- N'utilise pas les sacrements, mais ces derniers temps priait pour se "raccrocher à quelque chose" sans être apaisée.

Evolution : La tentative a amélioré nettement l'état dépressif, mais elle culpabilise son geste par rapport à son psychiatre.

Tentative qui s'inscrit dans la dynamique d'une rechute dépressive brutale. Au réveil, on retrouve une attitude de soumission paradoxale.

L'Acte suicide devient répétitif dès que s'installe la séquence suivante :

Asthénie, inhibition pénible, autoaccusation, dévalorisation et dégoût de soi, l'isolement douloureux et enfin le geste qui permet de se punir en fuyant.

Perte de toute spontanéité où l'autodestruction est le dernier moyen de sauver un sentiment de puissance.

Observation 72. Augustine.

49 ans ; mariée ; sans profession.

Situation familiale : - Mariée à l'âge de 25 ans.
- 5 enfants de 8 à 20 ans, vivants
- 3 enfants sont morts à la naissance.
- une de ses filles s'est suicidée à l'âge de 19 ans par ingestion de mort aux rats.
- Mari : magasinier.

Milieu parental : Sa mère était célibataire. Elle n'a pas connu son père.
Sa mère s'est mariée lorsqu'elle avait 18 ans.

Antécédents : - Elle n'a pas le certificat d'études, travaillant très tôt dans une ferme avant de devenir "bonne à tout faire" à Grenoble.
- Il y a 6 ans, elle présente un état dépressif franc, sans tentative de suicide, mais qui nécessite une hospitalisation d'un mois à l'hôpital psychiatrique départemental.

Situation conflictuelle : Depuis quelques semaines, elle ne supportait plus les remarques de son fils de 18 ans. Il l'insulte elle et son mari, et son mari ne réagit pas à sa grossiéreté.
Pendant un mois, elle rumine des idées de suicide avec un désir de mourir, de ne plus entendre les querelles.

Passage à l'acte : "Depuis un mois, j'étais épuisée. Le ménage de la journée m'avait fatiguée. Je n'arrivais plus à dormir. Mon fils était à la maison et jouait aux cartes avec le fils de 8 ans. Moi, je me reposais sur le lit : puis brusquement (vers 16 h 30) volontairement et bien consciente de ce que je faisais, j'ai vidé la boite de comprimés."

Après l'ingestion, devant les vomissements, elle prévient son mari et demande à être hospitalisée.
Au réveil, la tentative est très culpabilisée et l'état dépressif aggravé : elle reste inquiète, les réponses sont pauvres et frustres avec une impression d'être traquée.

Croyance religieuse : "Je ne fais pas partie de ceux-là."

Commentaire : Dans un contexte dépressif net, le suicide s'élabore aussi en représailles contre le "fils indigne qui l'injurie". Mais le monde est devenu intolérable, et elle se désintéresse de la vie.

Brutal dans son exécution, le suicide la hante pendant près d'un mois.

On souligne dans cette observation : l'absence totale d'image paternelle, les nombreuses grossesses malheureuses et surtout le suicide de sa fille aînée à l'âge de 19 ans.

Désintérêt, dégoût, haine de la vie.
Désir de "silence", de repos, de mort.

L'Acte se déroule sans confusion, vers un but précis, ne plus vivre : identification d'imitation à sa fille aînée

Ce n'est que la souffrance physique et l'inconfort apportés par les vomissements qui la ramènent aux gestes d'alerte.

Observation 73. Clotilde.

74 ans ; divorcée ; une fille d'adoption.

Circonstances déclenchantes : Un conflit l'oppose au mari de sa fille d'adoption.
- Elle lui reproche de vouloir l'éliminer, de lui en vouloir, de lui chercher querelle sans arrêt, et de lui interdire de s'occuper de son petit-fils qu'elle "adore."
- Il s'agit en fait de sentiments persécutoires à thématique de préjudice dont le gendre est le responsable essentiel. La veille de la T.S. elle provoquera avec lui une querelle agressive.

"Ne pouvant plus supporter cette conviction de rejet, et pour punir sa fille de son ingratitude, elle prend la décision de mourir, puisqu'on ne veut plus de moi."

Les symptomes organiques : confirment l'impression d'un processus involutif.
- Artériosclérose coronarienne et séquelle d'infarctus du myocarde.
- Surdité
- Léger déficit hémiparétique gauche avec signe de Babinski
- Hallucinose : avec perception dans la pénombre de formes noires qui se déplacent devant elle de la fenêtre à la porte.
- Labilité émotionnelle avec pleurs spasmodiques.

Evolution : Le traitement général améliore l'état dépressif et permet une mise à distance de l'interprétation persécutoire. Cependant elle décide de ne plus vivre avec sa fille et accepte de prendre sa retraite dans une maison communautaire.

Etat dépressif involutif et caractéropathie sénile artériopathique.

L'Acte : apparaît après une modification préalable de la réalité, par le processus délirant interprétatif dans lequel se trouve engagé le MOI Réalité, ce qui permet l'extériorisation des pulsions agressives. Elle accepte le "verdict projeté", crime transagressionnel, assurant la pérennité de la vengeance au-delà de sa propre mort présumée.

Observation 74. Maurice.

41 ans : 1ère T.S. Marié : 2 enfants.

Activité professionnelle : Comptable dans un service public.
Mais également syndicaliste militant responsable (C.F.D.T.)

L'ambiance familiale est excellente : aucun conflit exprimé.

Antécédents : Il est suivi depuis un an pour un état dépressif, avec un séjour en clinique où il reçoit des thymoanaleptiques.

Circonstances : Depuis quelques jours, l'insomnie réapparaît. Il entrevoit avec effroi la reprise du cycle des insomnies pénibles et appréhende de ressentir à nouveau le dégoût de la vie.
- Il se sent"humilié" par les effets secondaires des thymoanaleptiques (sudations ++ et tremblement) dans ses rapports avec les clients.

Passage à l'acte : Le soir de sa tentative, il n'arrive pas à s'endormir. Il éprouve des sentiments d'inutilité :

"J'embarrasse les autres, je n'arrive pas à me dominer."

Il a peur de devenir "fou" : c'est à ce point qu'émerge l'idée du suicide (qui ne l'a jamais effleuré jusque-là, même lors de l'épisode dépressif antérieur.)
Pendant plus d'une heure, il médite la bible, écoutant sa foi et les interdits religieux.
Pense à l'exemple néfaste de la lâcheté de son geste, surtout en tant que militant syndicaliste.
Pour lutter contre ce désir de se détruire, il contemple la photo de ses enfants, essaie d'imaginer le visage de sa femme, sans succès, rien ne l'arrête. Tout au plus, écrira-t-il une lettre pour faire ses adieux et prendra la précaution de débrancher le compteur EDF pour ne pas provoquer d'explosion.

En effet, après avoir d'abord tenté la section des veines du poignet devant la lenteur de l'hémorragie, il se décide pour le gaz se rappelant soudain la réussite du suicide au gaz de sa belle-mère (c'était lui qui avait découvert le corps)

"Une fois la décision prise, il faut que cela aille très vite"

Autocritique concernant le geste suicidaire

"Je n'étais plus le même homme, quelque chose me poussait."

En même temps il se sent soulagé de l'avoir fait "car je sais que je ne recommencerai plus."

"Il aurait suffit que quelqu'un vienne au moment où je me décidais et me dise un mot pour que je ne le fasse pas."

Commentaire : Geste d'autolyse au cours d'un accès mélancolique
Refus d'une déchéance présumée.
L'expérience vécue de la douleur morale et la prévision de la conjoncture déterminent une défense par le suicide.

Il supprime le mal en supprimant le porteur. Fuite libératrice
Abandon à une puissance destructrice
Echapper à la souffrance intérieure
Echapper à la honte, au sentiment de faute.
Echapper à la folie, la confusion, la dépersonnalisation, la désintégration.
Le Surmoi tuant le moi vaincu.

Mais gardant la croyance magique en un secours providentiel au dernier moment, et dans cette offrande volontaire de soi-même, il a le souci altruiste de ne pas exposer le voisinage.

Ainsi ni les liens familiaux (femme et enfants) ni les liens professionnels et sociaux, et pas davantage sa foi religieuse ne sont parvenus à inhiber ce jaillissement autodestructeur chez un homme profondément engagé dans la vie.

L'Acte dans la séquence dépressive.

La douleur morale désinvestit tous les intérêts du sujet (au niveau de l'AVOIR, DU POUVOIR, DU VALOIR). En plus de la souffrance, de la culpabilité, de l'humiliation, deux faits vont provoquer la mise en route de l'Acte : le refus du corps vulnérable, et la peur de la Folie, et le rôle inducteur, contagieux du suicide de sa belle-mère.

Il se sent emporté, submergé par la force d'un besoin d'autodestruction qui malgré les défenses mises en jeu va aboutir à cette démarche rageuse et précipitée.

Pourtant au réveil, il en tirera une impression de soulagement positif, comme s'il avait fait la découverte d'une possibilité dangereuse inscrite au fond de son être, vérité de lui-même qu'il faudra ménager.

Observation 75.B.

26 ans ; technicien ; célibataire.

Le sujet présente depuis quelques mois des difficultés d'adaptation professionnelle. Il n'est plus capable d'assumer son travail.

Antécédents : - Aucun épisode psychiatrique aigu. Mais un bégaiement tonicoclonique rééduqué avec succès par une orthophoniste.

- On retrouve également de nombreux symptomes anxieux, avec de temps en temps des crises paroxystiques, allant jusqu'à entraîner des impressions lipothymiques.

Situation familiale : Il vit en célibataire, mais entretient une liaison, apparemment sans complication; cette liaison faisant suite à un échec antérieur qui l'a fortement humilié.

Passage à l'acte : On note, outre la rupture professionnelle, une vie onirique très chargée en rêves de catastrophe (explosion, incendie).
Ce soir donc, il quitte le domicile de sa fiancée où ils ont regardé la télévision. Il n'y a pas de conflits exprimés entre eux. Il monte dans sa voiture, et à partir de ce moment-là il ne se souvient de rien sinon d'avoir été secoué par un agent alerté par les passants. Il s'était entaillé profondément les poignets au point de blesser et les tendons et le médian.

L'évolution est dominée par les soins chirurgicaux ; mais à l'entretien on note :

- une peur panique de la confusion et de la perte d'identité
- un contact très adhérent
- des persévérations dans les attitudes
- un rétrécissement majeur du champ des intérêts extérieurs, hormis des préoccupations hypocondriaques angoissées autour d'une uréthrite asymptomatique. (recouvrant probablement une hantise vénérienne, autour d'un rapport culpabilisé mais dont il ne parlera pas et qui pourrait être le facteur déclenchant de la conduite suicide)

Surtout le bilan psychologique révèle la persistance des difficultés de synthèse de la pensée, et une désorganisation qui ne lui permet pas de construire une histoire imaginaire cohérente.

Nous avons éliminé un processus comitial, et l'alcoolémie est normale.

Pour ne pas être mémorisé, l'acte suicide s'est déroulé en pleine destructuration, touchant aussi le système "vigilance".

Acte psychotique et confusionnel à la fois, qui inaugure un processus psychotique latent jusque-là.

Résumé Descriptif :

Obs. 61. Nicole :

Acte répétitif psychotique : le geste encore possible avant le morcellement de la dissociation.

Obs. 62. Marie-Jeanne :

Le passage à l'acte sans être amnésique ne peut être verbalisé par la malade, qui reste engluée dans l'angoisse de l'hébéphrénie.

Obs. 63. André :

Rationalisation agie.

Obs. 64. Dominique :

Projection délirante ; désengagement dépressif ; identification persécutoire et fuite avant le chaos de la confusion.

Obs. 65. Th. :

Projection délirante ; identification à la victime imaginaire.

Obs. 66. :

Réalisation d'un besoin impérieux de se tuer, besoin fulgurant à défaut du meurtre ;
véritable attaque sadique retournée sur elle-même.

Obs. 67. Simone :

Attaque sadique psychotique extériorisée puis retournée sur le sujet : aucun objet, les autres comme le corps propre, n'échappe à la rage meurtrière.

Obs. 68. Nicole :

Attaque sadique, où toutes les instances sont engagées.

Obs. 69. Juliette :

Désintrication pulsionnelle, avec identification mimétique.

Obs. 70. Michel :

Suicide pour éviter un meurtre de vengeance.
Facilitation ébrieuse.

Obs. 71. Suzanne :

Acte répétitif auto-destructeur, dans une séquence dépressive brutale et qui du même coup interrompt le processus dépressif.

Obs. 72. Augustine :

Réactions de dégoût.
Identification mimétique à sa fille suicidée.

Obs. 73. Clotilde :

Attaque transagressionnelle dans l'interprétation persécutoire.

Obs. 74. Maurice :

Réalisation dramatique continu, élaboré d'un besoin autodestructeur invincible, dans le génie typique de la mélancolie.

Obs. 75. B. :

Tentative amnésique (la seule de la série) sur un sujet destructuré.

*

* *

C O M M E N T A I R E S

En dehors de l'analyse des formes de l'acte suicide, dans ce groupe de cas cliniques peut-on dégager des faits constants.

L'étude des facteurs circonstanciels et biographiques, des motifs, ne permet pas d'isoler une situation type.

On retrouve cependant des catégories :

- les situations émotionnelles
  à l'occasion d'un échec
  ou attachés à un conflit aigu apparu dans le champ relationnel du sujet :
  entre l'adolescent et ses parents
  entre les protagonistes d'un couple
- les destructurations psychotiques
- la tendance à l'agir des psychopathes caractériels.

Mais ce sont ces mêmes catégories qui forment la toile de fond de tous les actes symptomes de la psychopathologie.

Pourtant, au fil de l'enquête, en surcroit, il apparaît un certain nombre de faits qui quantitativement sont significatifs par leur fréquence.

Lorsque nous écoutons le suicidant rescapé parler de sa tentative, son geste se présente presque toujours comme l'expression d'une impasse plus ou moins dramatique entre le flou des racines du passé et les vicissitudes du projet éthique.

Ainsi nous notons deux éléments chez ces sujets dont la moyenne d'âge s'établit autour de 28 ans :

1°) La fragilité sinon l'absence de l'élaboration intellectuelle et éthique des positions du sujet dans sa vie en société ; de même que nous rencontrons peu de perspective politique ou religieuse, ou de critique rationnelle. De plus, chez le sujet croyant, la disparition, quelle que soit la confession, de l'adhésion à l'image d'un au-delà, au-delà mythique ou objet de foi (Nous avons posé systématiquement la question).

2°) La faiblesse de "l'Image paternelle" :
- Fréquence élevée, du décès du père dans le jeune âge avant 14 ans ;
- de très nombreuses situations d'abandon avec absence affective et physique du père ;
- des attitudes de rejet délibéré de la part du père ;
- ou encore une figure paternelle déformée par les troubles du comportement réguliers :
  liés soit à l'éthylisme
  aux troubles du caractère
  à la brutalité
  à l'autoritarisme caricatural

3°) En corollaire, aucune des observations, dans tous les cas où nous avons pu saisir cet aspect, ne révèle l'existence de solides liens familiaux, dans leur bipolarité, avec une chaude et ferme relation avec le père.

Ceci pose le problème du rôle de la carence, de cette image d'autorité affectueuse et impliquée, et met en cause une construction défectueuse de cette première figure de transfert, figure qui s'interpose dans la relation symbiotique avec la mère et restera le prototype de toutes les relations sociales ultérieures.

4°) Ces considérations, qui s'imposent après ce premier regard sur nos observations, confirment si besoin était, la conduite à tenir auprès du suicidant rescapé :

- l'accueil sans réserve
- la maîtrise du rejet inconscient
- la nécessité de se poser en champion de la vie, en étant convaincu à priori, de la valeur de la vie su sujet;

dans une écoute, qui seule permet au rescapé de voir clair en lui-même.

*

* *

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS GENERALES

L'Acte suicide :
Acte de défense, symptome agi, symbole agi ou réalisation pulsionnelle destructive ?

A - Les Préliminaires : Le désapprentissage de la vie.

1°/ Le désinvestissement

2°/ La rupture

3°/ Désir de puissance

4°/ Les buts

5°/ La sincérité

6°/ Le sens de l'acte

7°/ Le sujet de l'acte

B - La Division du Sujet

1°/ La voie du discours

2°/ La rationalisation

3°/ Le vécu

4°/ La vigilance

C - Les Formes de l'Acte Suicide

1°/ Actes caractériels

2°/ Actes mimétiques

3°/ Actes psychotiques

4°/ Actes symptomes à valeur progressive

CONCLUSIONS GENERALES

L'Acte Suicide :

acte de défense, symptome,

symbole agi ou réalisation pulsionnelle destructive ?

A - Les Préliminaires

1°/ Le Désinvestissement.

Tout homme peut perdre dans un moment de l'existence, d'une manière aiguë ou durable, ses capacités d'investissement :

- par l'épuisement ou la douleur des affections organiques, la déchéance corporelle
- par la privation de sommeil
- par la dépression thymique

ou du fait

- de l'angoisse, de la honte, de la détresse, d'un échec grave

ou de toutes les formes de perte d'identité :

dans la panique émotionnelle
la confusion du délire
le chaos de la dissolution du schéma corporel
de la spatialité
de la temporalité

2°/ La Rupture.

Lorsque ce désinvestissement aboutit à la rupture des liens positifs de dépendance et à celle des limites de son autonomie, le personnage du sujet se défait :

personnage pour lui-même
celui des liens familiaux
ou socio-professionnels
ou encore religieux,

annihilant avec lui les valeurs culturelles de sa réalité, dont celles de la vie à tout prix ; l'existence devient pour un temps une condamnation à vivre.

3°/ Désir de puissance.

Malgré ce retrait, il sait qu'il reste le maître, dans les profondeurs de sa pensée; il sent confusément qu'il est le créateur de ses sentiments et de ses idées : l'extase positive de la puissance est brisée par la réalité qui lui impose un constat d'impuissance. A défaut de créativité, ce même sentiment de puissance pourra soit être sauvegardé par une attitude de défense, soit se ma-

nifester dans une extase régressive par la mise en action des différentes formes de la destructivité :

- Les modèles acquis culturels : l'écrasement, l'asphyxie, le poison la blessure sanglante

- Les formes temporelles régressives de la destructivité (comme régression de la libido et régression objectale) :
  - l'éclatement et le morcellement préobjectal
  - l'incorporation orale
  - l'attaque sadique anale
  - la pénétration phallique
  - les fantasmes de castration

4°/ Les Buts

- Le but peut être le sommeil, bon sommeil et sommeil prolongé, ou d'une manière plus explicite la mort, équivalent des fantasmes de retour à la terre-Mère, au sommeil-Mort.

Engagement précipité vers la mort, dans l'attente ou non d'un réveil ou d'une renaissance ; attente de la quiétude du Nirvana ou d'une manière plus morbide identification du but au devenir du cadavre.

Ce qui est essentiel et paraît appartenir en propre au suicide c'est que le sujet s'y précipite et s'y engage par un saut dans l'abime.

- Il peut s'agir d'un jeu sans connotation dramatique
- d'un essai expérimental
- ou d'une certitude fulgurante tragique

5°/ La Sincérité

L'authenticité et la sincérité du sujet de l'acte dans l'instant du saut ne dépend pas du résultat. Le résultat étant aussi fonction de la solidité des filets tendus par une autre partie du sujet avant l'acte ou de la qualité du parachute, ouvert après coup.

6°/ Le sens de l'Acte

Le sens de l'acte ne se superpose pas toujours à une visée suicidaire Il peut être un but (réel, imaginaire, fantasmatique, délirant) à atteindre mais il peut aussi devenir son propre but, où la pulsion est clivée du but, autodestructivité en exercice.

Il arrive que l'on ne trouve pas dans l'acte cette signification contenue en plus et s'étendant au-delà de l'instant.

7°/ Le Sujet de l'Acte

Et c'est là le paradoxe que nous rencontrons à la lecture des observations : le sujet de l'acte n'est pas celui qui "parle", "pense" ou"sent".

Les différents "ordres" : la "vigilance", le "penser", le "sentir", le "dire","l'agir" sont habituellement intégrés dans une même conduite (intégrés et non pas seulement la résultante par juxtaposition de ces différents ordres) : mais le passage à l'acte suicide, animé par la puissance destructrice, crée une rupture. Cette rupture met à jour les métamorphoses successives, par le jeu de mutation des diverses identifications : le sujet parcourant les figures régressives, formelles, topiques et temporelles.

Cette dynamique destructurante touchera d'une manière différente la vigilance, le penser, l'agir, le dire, le sentir.

B - La Division du Sujet.

Le sujet de l'acte peut n'être qu'une partie du MOI :

soit celle qui est tournée vers le débat intérieur :

dans la confrontation - des désirs narcissiques
- des investissements objectaux
- des pulsions du çà, érotique ou agressive
- de l'idéal du moi

ou cette partie du sujet qui s'articule avec la réalité par le jeu des transferts avec tel ou tel membre de son entourage

ou encore comme élément constitutif du sujet du groupe qui l'englobe et dont le vécu régressif et la destructivité propre induit une participation mimétique.

1°/ La voie du Discours

est inutilisée : c'est justement parce que la parole s'épuise que le sujet est condamné à agir ; il faut plus d'énergie pour crier, se plaindre, injurier, menacer ; il n'est d'ailleurs plus écouté.

Aucun des sujets de nos observations n'a songé à alerter SOS Amitié. C'est seulement dans le deuxième temps, après l'acte, que la peur phobique de la mort, la rationalisation ou la culpabilité secondaire, déterminent le désir de secours, et à ce moment-là, l'appel au groupe mobile d'urgence et de réanimation est plus adapté.

2°/ La Rationalisation

Le Penser peut être totalement absent ou suspendu pendant l'acte ; le plus souvent, il l'entoure avant et après, en fournissant le choix du moyen, un savoir technique, des motifs et les rationalisations secondaires.
Quelquefois, il l'accompagne :

- Pensée magique du suicide ludique chez l'adolescent ou l'adulte immature.
- Rationalisme morbide du suicide élaboré curatif où c'est le "sentir" qui peut être en "court-circuit", suspendu ou absent.

3°/ Le Vécu

Le Penser peut encore s'infiltrer dans le Sentir de la Passion en échec, mais disparaître devant les différentes émotions :

La peur et l'angoisse
La honte et la culpabilité
La haine et l'agressivité

qui toutes peuvent donner lieu à l'un des schémas des mécanismes de défense :
la fuite, la dénégation, l'annulation, le déplacement, l'isolation, ou encore le retournement masochiste et l'autopunition expiatoire ;

Les défenses peuvent aboutir à la maitrise de l'angoisse ou de la honte mais non à celle de l'agressivité qui désintriquée des sentiments positifs (de fusion pulsionnelle) doit se réaliser à défaut du langage régressif (comme une réplique ordurière), dans l'agir, qui assure et la satisfaction et le refoulement.

C'est aussi autour d'une émotion que s'organise les différentes formes d'identification.

4°/ La vigilance

La vigilance peut être altérée
par l'importance du stress émotionnel
ou par la prise de toxiques préalables (suicide en deux temps : alcool et tranquillisants)
ou encore par la panique de la dépersonnalisation et de la perte d'identité.

Cette altération facilitant la régression topique et formelle.

C - Les Formes de l'Acte Suicide

Elles s'ordonnent autour de quatre types :

1°/ Les Actes caractériels

Réponse immédiate à l'obstacle ; itératifs ; non thématisés ; en court-circuit ; ni pensés, ni vécus, alternant avec les autres formes de refus psychopathiques.

Acte itératif dont il sera difficile de faire une conduite, et être intégrée alors dans l'élaboration secondaire, par le sujet : régression prégénitale, clivage multiple.

2°/ Les Actes mimétiques

émergeant au sein d'une relation sans sympathie, - dans l'identification mimétique partielle à l'agir ou au désir d'un autre ou d'un groupe
- soit jeu expérimental de ses propres fantasmes remémorés dans le détachement et l'isolation.

Acte agi, où le penser peut être suspendu, et le vécu également mimétique.

3°/ Les actes psychotiques

dont l'analyse définit toutes les régressions :

- topiques et formelles : processus primaire ; rêve agi ou participation hallucinatoire
- temporelles : à des degrés divers
  - clivage simple (dépression simple)
  - identification par introjection d'objets archaïques dangereux, sous la loi
    - de la libido orale (mélancolie)
    - ou sadique anale (névrose obsessionnelle décompensée)
  - projection morcellante (paranoïa et schizophrénie) (qui fournit les actes "amnésiques")

Refoulement total ou partiel de la réalité.

4°/ Les actes symptomes

à valeur progressive où l'acte prend la forme d'un engagement symbolique de plus en plus positif selon que l'identification du sujet dans la relation conflictuelle en cause recouvre un rapport à deux rudimentaire, ou à valeur symbolique plus grande dans une relation triangulaire (régression génitale) comme réactivation de la problèmatique oedipienne.

Le sujet réalise dans cette étape, au-delà du désir de mort athématique, la coupure destructive qui autorise les choix d'objets substitutifs, sur la voie de la sublimation après le renoncement.

THESE SOUTENUE PAR Monsieur Richard WOLF

le 28 AVRIL 1972

TITRE : L'ACTE SUICIDE

A propos de 75 observations de Suicidants rescapés : Tentative de suicide par intoxication volontaire aiguë.

Conclusions :

L'acte suicide : acte de défense, symptome et symbole agi, ou réalisation pulsionnelle destructive ?

- Tout sujet peut perdre ses capacités d'investissement : par épuisement organique, dépression, du fait d'une émotion ou dans toutes les formes de perte d'identité.

- Lorsque ce désinvestissement aboutit à la rupture des liens de dépendance, son personnagese dissout, affaiblissant ses valeurs culturelles et éthiques dont celles de la vie.

- Malgré ce retrait, il sent qu'il reste créateur de ses sentiments, mais l'extase positive de la puissance est contredite, négativée par la réalité qui lui impose le constat d'échec. Alors, ce même sentiment de puissance pourra se manifester dans un acte de défense ou comme extase régressive vers la quiétude du Nirvana par l'utilisation des différentes formes de la destructivité.

- Que le but soit le "bon sommeil", ou la "bonne mort", équivalent du fantasme de retour à la Terre-Mère, dans l'attente ou non d'un réveil-renaissance, ce qui paraît appartenir au suicide c'est que le sujet s'y précipite, s'y engage, par un saut dans l'abime.

- Jeu sans connotation dramatique, essai expérimental ou certitude fulgurante tragique, l'authenticité et la sincérité du sujet de l'Acte, dans l'instant du saut, ne dépend pas du résultat. Celui-ci est aussi fonction de la solidité des filets tendus par une autre partie de lui-même avant l'acte, ou de la qualité du parachute ouvert après coup. Voilà le paradoxe de nos observations : le sujet de l'Acte n'est pas celui qui parle, pense, sent. Ces "fonctions" sont habituellement intégrées dans une même conduite, mais l'acte suicide, animé par la puissance destructrice, crée une rupture qui met à jour les métamorphoses successives, dans le jeu de mutation des diverses identifications suivant le moule des figures régressives : formelles, topiques et temporelles.

- La voie du "Discours" est dans l'impasse. Le "Penser" peut être suspendu pendant l'acte, même s'il l'entoure avant et après ; parfois il l'accompagne, pensée magique, du suicide ludique, ou rationalisme morbide du suicide élaboré, curatif. Il peut infiltrer le "sentir" de la passion en échec ou disparaître dans les différentes émotions qui activent les schémas de défense. Ceux-ci peuvent dans certains cas assurer la maîtrise de la peur, de la honte, du dégoût, mais non celle de l'agressivité, qui désintriquée des sentiments positifs, doit se réaliser, à défaut du langage, dans l'agir. Sur la voie de l'acte, la vigilance altérée peu ou prou, facilite la régression topique et formelle.

<u>Les formes de l'Acte Suicide</u> s'ordonnent autour de quatre types :

1°/ - <u>Acte à niveau caractériel</u> : en court-circuit ; réponse immédiate à l'obstacle ; itératif ou répétitif ; non thématisé ; ni pensé, ni vécu et qui ne pourra être intégré par le sujet dans une élaboration secondaire.

2°/ - <u>Acte mimétique</u> : émergeant dans le sillage d'une identification mimétique à l'Agir ou au Désir d'un autre, ou d'un groupe.

3°/ - <u>Acte à niveau psychotique régressif</u> :

Selon le processus primaire ; rêve agi ou participation hallucinatoire ; par régression objectale dans l'identification par introjection ; par réactivation d'objets archaïques dangereux, clivés. Clivage simple, multiple, ou morcellement, et animés par la régression libidinale prégénitale (orale ou sadique anale), désintriquée.

4°/ - <u>Acte symptome</u> à valeur progressive ; où il prend le sens d'un engagement symbolique de plus en plus positif, de la relation duelle à la relation triangulaire. Le sujet réalise dans cette étape, au-delà du désir de mort, la coupure destructive qui autorise le choix d'objet substitutif.

<u>VU, et PERMIS D'IMPRIMER</u>

Le Président de la Thèse :

GRENOBLE, le 22 Mars 1972.

Monsieur le Professeur R. FAU

<u>Signé : G. CABANEL</u>

Signé :

B I B L I O G R A P H I E

1 - ASCHER et Coll.
La conduite Suicidaire et sa signification.
Lille, Méd. 12, n° 8 . Octobre 1967.

2 - AUBER J.L.
Conduite à tenir devant un suicidaire.
Revue du Prat. XXI ; n° 32 ; Déc. 1971.

3 - BARRACLOUGH B.M., NELSON B., and SAINSBURY P.
The diagnostics classification and psychiatric treatment of 25 suicides.
IV Th, INT. Conf for Suicide Prevention. Los Angeles.(Oct. 1967)

4 - BAYET A.
Le Suicide et la Morale.
Alcan, 1922.

5 - BENOIT G. et DAUMEZON G.
Apport de la psychanalyse à la séméiologie psychiatrique.
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française.
LXVIIIe Session. Milan. Septembre 1970.

6 - BRUN R.
L'instinct de la Mort selon l'hypothèse de Freud; Etude critique.
Psyché, mai 1953.

7 - Bulletin of Suicidology.
N° 6, Spring 70
National Institute of mental Health, Washington.

8 - Cahiers de Santé Publique n° 35
La prévention du suicide.
O.M.S. Genève 1969.

9 - CALVI L.
Réflexion phénoménologique sur la mort intentionnelle.
Evol. Psych. Janv-Mars 1965. N° 1. 85-95.

10 - CAPIAUX J.
Le suicidaire mal entendu.
Evol. Psych. Avril-Juin 1967. N° 2. 449-470.

11 - CHORON J.
Suicide of the notions of death.
IV Th. Int. Conf. for Suicide Prévention. Los Angeles. Oct. 1967

12 - COLIN M.et VEDRINNE J.
Perspectives de l'assistance clinique auprès du suicidant.
Vie Méd. 48. n° spécial ; Mai 1967.

13 - COLIN M. et VAUTERIN C.
Etudes de criminologie clinique.
Masson, 1964

14 - COURCHET J.L.
Le Suicide : essai d'étude psychanalytique.
Evol. Psych. Juil.-sept. 1955 ; n° 3. 467-482.

15 - DELAY J., DENIKER P. et BARANDE R.
Le Suicide des épileptiques.
Encéphale ; 1957 ; 46 ; n° 4.

16 - DENIKER P. et GINESTET D.
Les Thérapeutiques modernes et le risque de suicide.
Vie Méd. ; 48 ; n° spécial (Mai 1967)

17 - DESHAIES G.
Psychologie du suicide.
Paris. P.U.F. 1947

18 - DESHAIES G.
Psychopathologie générale.
P.U.F. 2ème Edition ; 1967.

19 - DESHAIES G.
Les mécanismes psychologiques du Suicide.
Vie Méd. ; 48 ; n° spécial.

20 - DEUX L.
Considérations sur les conduites suicidaires de 239 adolescents traités au service des poisons. (Prof. Roche)
Thèse LYON ; 1963 ; 60 pages.

21 - DUCHE D.J.
Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Psych. de l'enfant ; vol. VII ; Fasc. I ; 1964.

22 - DURKHEIM F.
Le Suicide.
Alcan. Paris ; 1897.

23 - EY H.
Etudes psychiatriques.
T. II ; Desclée de Brouwer ; 1950.

24 - FARBEROW N. and SCHNEIDMAN E.
Cry for Help.
Mc Graw. Hill Book Company ; 1967.

25 - R. FAU, R. CHATEAU et M. MACHU
Le suicide chez l'adolescent à propos de 23 observations médico-psychologiques.
Ann. Méd. Psychol. ; 123 ; 1 ; Janv. 1965.

26 - FELINE A., GUTEMANN , PERON, MAGNAN P.
Chantage au Suicide
Revue du Prat. ; XXI ; n° 32 ; Déc. 1971.

27 - FREUD A.
Le Moi et les Mécanismes de défense.
P.U.F. Paris 1964.

28 - FREUD S.
Essais de Psychanalyse.
Payot ; Paris 1963.

29 - FREUD S.
Psychopathie de la vie quotidienne.
Payot ; Paris 1963.

30 - FREUD S.
Malaise dans la civilisation.
P.U.F. ; Paris 1971.

31 - GAULTIER M., FOURNIER E., GORCEIX A. et ZIMBACCA N.
Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants.
Sem. Hop. Paris ; 8 nov. 1963 ; 38 ; n° 50.

32 - GAULTIER M, FOURNIER E., GORCEIX A.
A propos de 47 cas de Tentatives de suicide chez des adolescents.
Hygiène ment. ; nov-déc. 1961 ; 50 ; n° 6.

33 - GERIN C.
Le dynamisme du suicide.
Bull. Méd. Lég.; mai 1961 ; 4 ; n° 3.

34 - GORCEIX A. et ZIMBACCA N.
Etudes sur le suicide.
Paris ; Masson Ed. ; 1969.

35 - GORCEIX A., ZIMBACCA N., DUSSAUCY E.
Nocivité du milieu environnant dans le déterminisme de la conduite suicide.
L'Encéphale. Tome LX ; Sept-oct. 1971.

36 - GOUREVITH M., KOUPERNIK C., SOUBRIER J.P.
Vers une suicidologie ?
Conc. Med. 91 ; n° 15 ; avril 1969.

37 – GROTJAHN M.
Angoisse de la Mort et identité du MOI.
La Psychanalyse ; n° 6 ; Paris P.U.F.

38 – HAIM A.
Les suicides d'adolescents.
Payot ; 1970.

39 – HALBWACHS M.
Les causes du suicide.
Alcan ; 1930.

40 – JANET P.
De l'Angoisse à l'extase.
Alcan ; Paris 1928.

41 – KESTEMBERG E.
L'identité et l'identification chez l'adolescent.
Psychiatrie de l'enfant ; vol. V ; n° 2 ; P.U.F.

42 – KLEIN M.
Envy and Gratitude 1957
Gallimar ED. 1968.

43 – KLEIN M.
La Psychanalyse des enfants.
2ème édition ; P.U.F. 1969.

44 – KLEIN M.
Essais de Psychanalyse.
Payot ; Paris 1967.

45 – LABOUCARIC J.
Conduite thérapeutique d'urgence en psychiatrie.
Suicide, danger pour autrui, crises névropathiques.
Conc. Méd. ; 90 ; n° 11 ; mars 1968.

46 – LACHAUD J.C.
La tentative de suicide par intoxication.
Etude clinique et psychodynamique.
LYON Méd. ; août 1960 ; 92 ; n° 35.

47 – LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la Psychanalyse.
P.U.F. Paris 1967.

48 – LAGACHE D.
Situation de l'agressivité
Bull. de Psych. XIV ; 1-4 ; 99-112 ; nov. 1960

49 - LANDSBERG P.L.
Essai sur l'expérience de la Mort.
Paris ; Ed. du Seuil ; 1951.

Problème moral du suicide.
Paris ; Ed. du Seuil ; 1951.

50 - LAUNAY Cl. et COL Ch.
Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Rev. Prat. ; 6 ; 619 ; février 1964.

51 - LAURIERS A.
Le risque de suicide chez les déprimés.
Rev. Prat. Oct. 1963 ; 13 ; n° 25.

52 - **LE MOAL** P.
Suicide, chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent.
Thèse Médecine ; Paris ; 1944.

53 - LITMAN R. et TABACHNICK N.
Psychoanalytic Theories of Suicide.
IV Th. Int. Conf. for Suicide Prevention. Los Angeles ; 18-21 th ; oct. 1967.

54 - LITMAN R.
The prevention of suicide.
In current Psychiatrie Therapies ; vol. 6 ; Grunne and Stradten ; 1966 ; New-York.

55 - LORENZ K.
L'agression.
Flammarion ; Ed. Paris ; 1969.

56 - MERLEAU-PONTY M.
Phénoménologie de la perception.
Ed. Gallimard 1945.

57 - MERLOO
Le Suicide.
Bruxelles ; CH. Dessard Ed. ; 1966.

58 - MEYNART L.
Le Suicide.
Paris ; P.U.F. ; 1966.

59 - MINKOWSKI E.
Traité de Psychopathologie.
P.U.F. ; Paris; 1966.

60 - MOINE C.
Le Suicide : Données statistiques.
La vie Méd. ; 1967 ; 48 ; 55.

61 - MORIN E.
L'Homme et la Mort.
Ed. Seuil. ; Paris ; 1970.

62 - MOUREN P., TABOSSIAN A., BLUMEN G. et GRUN P.
La tentative de suicide du sujet jeune.
Ann. Med. Psychol. ; 124 ; 1 ; Janvier 1966.

63 - NACHT S.
Les états dépressifs en présence du psychanalyste.
Paris ; P.U.F. ; 1963.

64 - NACHT S.
Le Masochisme.
Payot ; 1965

65 - NAVILLE P.
La psychologie du comportement.
Gallimard ; Ed. 1963.

66 - OECONOMO C.
Le comportement suicide et le problème de la Tentative.
Rev. Frse de Sociologie ; n° 1 ; 1961.

67 - PELICIER Y.
Histoire de la psychiatrie.
P.U.F. Paris ; 1971.

68 - PICHON F.
Mort, Angoisse, Négation.
Evol. Psych. ; Janv-Mars 1947 ; n° 1.

69 - PORST M. et Coll.
Les tentatives de suicide des adolescents.
Conc; Méd. ; 88 ; n° 24 ; juin 1966.

70 - QUIDU M.
Le Suicide. Etude clinique. Perspectives préventives.
Les Editions Sociales Françaises. 1970.

71 - Régression (La)
Colloque de la Société Psychanalytique de Paris.
Revue Française de Psychanalyse ; 1966 ; T.XXX ; n° 4.

72 - RESNIK HLP.
Suicidal Behaviours. Little Brown.
(Boston) 1968.

73 - RICHMAN J.
Family determinants of attempted suicide.
IV th. Int. Conf. for suicide prevention ; 18-21 th ; Oct.1967

74 - RICOEUR P.
De L'Interprétation.
Ed. Seuil. Paris ; 1965

75 - RINGEL E.
La prévention du suicide, un prolbème mondial.
Hyg. Ment. ; 1966 ; 3 ; 84 ; 105.

76 - RINGEL E.
Selbstmordverhutung. Verlag Hans Huber.
(Bern Wien) 1969.

77 - ROUART J.
"Agir" et processus psychanalytique.
Revue Française de Psychanalyse. T.XXXII ; 1968 ; n° 5 - 6 ; Sept-Déc.

78 - SARTRE J.P.
Esquisse d'une théorie des Emotions.
Hermann Ed. Paris ; 1965.

79 - SARTRE J.P.
L'Etre et le Néant.
Gallimard Ed.;1943

80 - SCHACHTER M.
Suicide, tentative de suicide et personnalité de ceux qui se suicident, étude critique et clinico-psychologique.
Strasbourg Méd. ; oct. 1947 ; 157.

81 - SCHACHTER M.
Conduites ou névroses suicidaires.
Encéphale ; 1957 ; 46 ; n° 2.

82 - SOUBRIER J.P.
La Prévention du suicide à partir d'une institution spécialisée.
Suicidology Proceedings of the 3rd International Congress of Social Psychiatry.
Zagreb ; vol. 1 ; 1971.

83 - STENGEL E. et COOK N.G.
Attempted suicid, its social signifiance, and affects.
Oxford University Press ; London ; 1961.

84 - Le Suicide
Etude RCB. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.
Division des Etudes et du Plan.

85 - VEDRINNE J.
L'intoxication aiguë volontaire.
Masson 1965.

86 - ZIMBACCA N.
Le Suicide chez l'adolescent.
Conc. Méd. 87 ; sept. 1965.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de partis ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobe et méprisé de mes confrères si j'y manque.